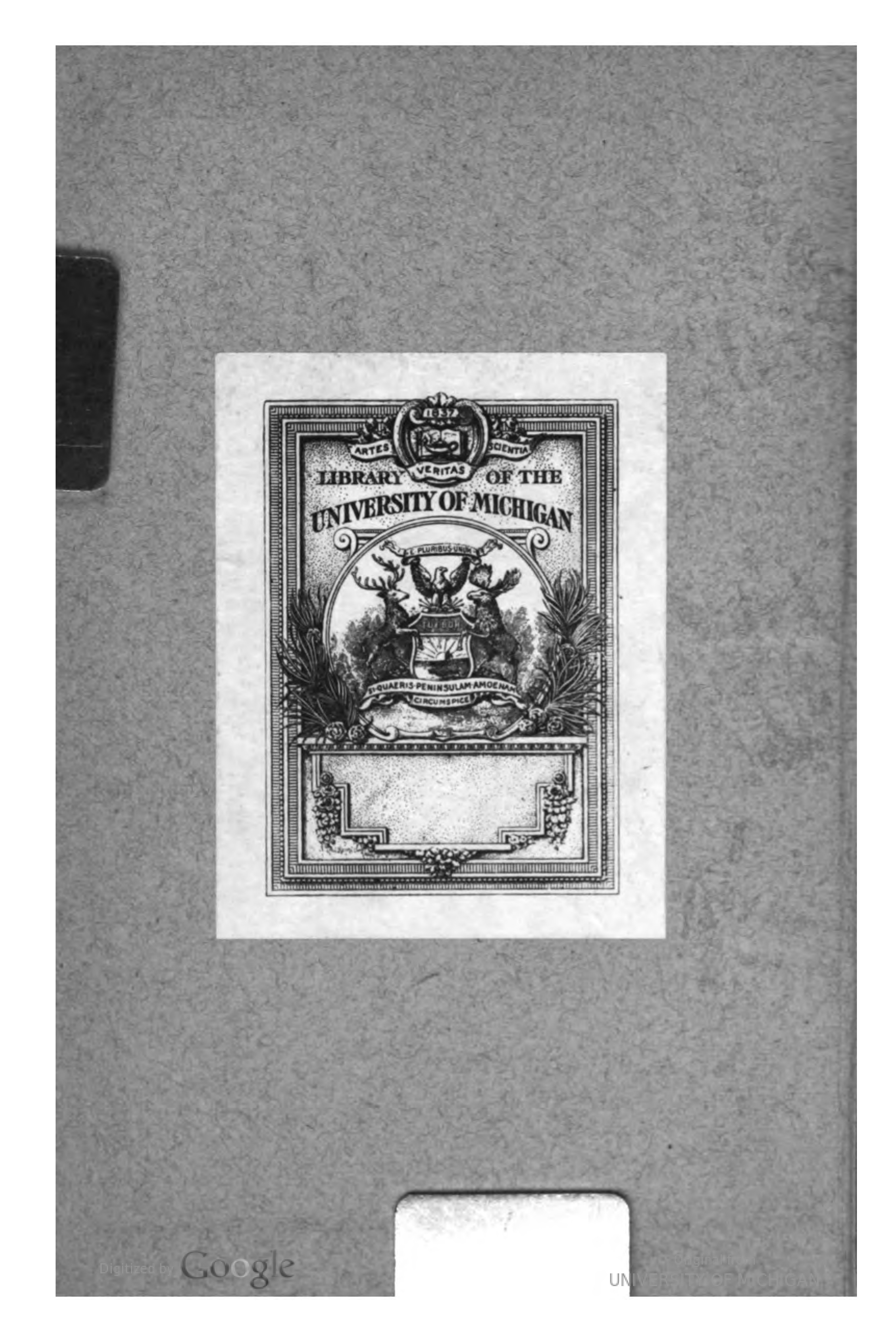

A 3 9015 00382 722 0
University of Michigan – BUHR
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

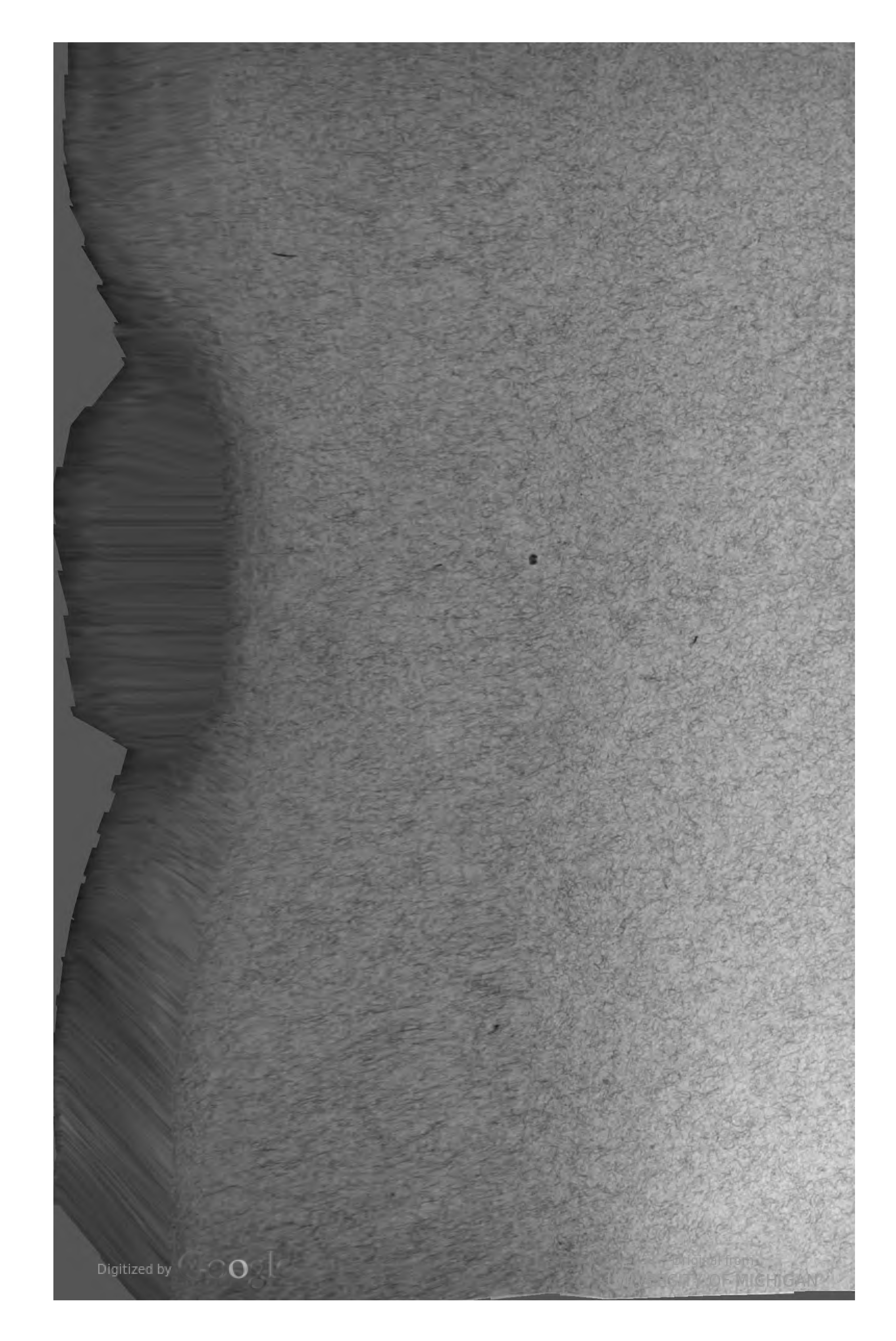
610.5
A44
Z5

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	**CRAMER**	**v. GRASHEY**	**KREUSER**	**PELMAN**	**SCHÜLE**
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

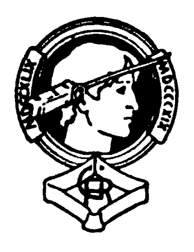
HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

SECHSUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1908.

REDIGIERT VON

O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1909

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zweites Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes und Viertes Heft.

Originalien.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft.

Ein Beitrag zur Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhange zwischen Nervosität und moderner Kultur.[1])

Von

Prof. Dr. **Max Laehr,** Haus Schoenow.

Auf die ursächlichen Beziehungen zwischen Nervosität und Kultur ist in neueren Arbeiten mit Nachdruck hingewiesen worden: ich nenne hier vor allem *Moebius*[2]), *Hellpach*[3]) und *His*[4]). Wenn nun auch jeder Praktiker reichlich Gelegenheit hat, hierüber Erfahrungen zu machen, so ist doch das positive wissenschaftliche Material, welches von ärztlicher Seite bis jetzt beigebracht ist, noch ein außerordentlich geringes, und es erwächst deshalb dem Neurologen, den die tägliche Arbeit mit zahlreichen Opfern der Nervosität in enge Berührung bringt, die lohnende Aufgabe, seinerseits Beiträge zur Lösung dieser Frage zu sammeln[5]). Um so mehr, als ihm von ganz anderer, nicht medizinischer Seite in großartigster Weise vorgearbeitet ist.

---

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten am 3. November 1908 in der Berliner Gesellschaft für Natur- und Heilkunde.

[2]) „Unsere Kultur ist nur für den der Betrachtung wert, der sie in Berücksichtigung der Nervosität anschaut."

[3]) „Verständnis für die Nervosität kann nur der haben, der sie nicht rein medizinisch, sondern als Kulturproblem ansieht."

[4]) „Die Nervosität in allen ihren Formen zeigt so offenkundige Abhängigkeit von kulturellen und sozialen Bedingungen, daß ihre Entstehung, ihr Wesen ohne das Studium des Kulturzustandes gar nicht verstanden werden kann."

[5]) In einem soeben erschienenen kurzen Aufsatze („Zur Entartungsfrage", Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1908, S. 745 ff.) fordert *Kraepelin* unter Hinweis auf die der Volksgesundheit aus unserem modernen Kulturleben drohenden Gefahren dazu auf, durch sachverständige Einzeluntersuchungen zur Gewinnung eines sicheren und endgültigen Urteils beizutragen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In *Lamprechts* „Deutscher Geschichte“ finden wir eine eingehende Schilderung der Entwicklung des Volks-Seelenlebens von den primitivsten Regungen bis zu dem komplizierten Seelenzustand des modernen Kulturmenschen, den er mit der Nervosität identifiziert.

In seiner Klassifikation der verschiedenen Zeitalter nach dem spezifischen Seelenzustande der Massen datiert er von etwa 1750 an das subjektivistische, von denen der Empfindsamkeit und Romantik übergehend in das jetzige der Reizsamkeit; und zwar befänden wir uns jetzt in einem Übergangsstadium von der naturalistischen zur idealistischen Reizsamkeit; *L.* bemerkt mit fortschreitender Kultur ein immer stärkeres Hervortreten des bewußten Nervenlebens aus dem instinktiven der Urzeit heraus. Gegenüber der Eigenart früherer Zeitalter findet er als gemeinsames Kennzeichen der subjektivistischen Zeit ein immer stärker in den Vorstellungsbereich gehobenes Nervenleben — von dem bis zu Weinkrämpfen gesteigerten Freundschaftsdienst der fünfziger und sechziger Jahre des 18. Jahrhunderts an bis zu den viel feineren, in der Seele gleichsam noch tiefer abgegrabenen, noch bewußter hervorgerufenen „Sensationen“ der Nervenkünstler der Gegenwart.

Die Entwicklung und Ausbreitung dieses reizsamen Zustandes ist nach ihm auf die moderne Erweiterung des Weltbildes und die außerordentliche Steigerung der Beziehungen der Einzelpersönlichkeit in alle Welt hinein zurückzuführen, bedingt durch die mächtige Wirkung der wirtschaftlichen und sozialen Faktoren des modernen Lebens. Er schreibt: „Als Kernerscheinung der Volkswirtschaft der jüngsten Vergangenheit und auch zum großen Teile noch der Gegenwart ergibt sich die freie Unternehmung, am klarsten zum Ausdruck kommend im freien Wettbewerb. Und dieser ist identisch mit Hasten und Jagen, mit Gewohnheitsempfindungen der Sorge und höchst gesteigertem Verantwortungsgefühl, identisch mit endlosem und ewigem Arbeiten, identisch mit unablässigem und raschem Wechsel der Affekte, ohne daß diese noch in Zwischenräumen ruhigen Gleichmutes der Seele zu harmonischem Ausklingen gelangten, identisch mit Unlust- und Erregungsgefühlen, die sich mit einem solchen Zustande, falls er chronisch wird, chronisch verknüpfen, — identisch schließlich mit einem Zustande feinster, bis dahin ungekannter Nervenspannung, einem Zustande der Reizsamkeit, der aus all den soeben, freilich nur sehr abgekürzt und übersichtlich geschilderten seelischen Vorgängen hervorbricht.

„Und beschränkt sich dieser Zustand, diese neue seelische Haltung, nun allein auf die unmittelbarsten Kreise des neuen Wirtschaftslebens, auf die soziale Schicht der Unternehmer? Keineswegs: wie das neue Wirtschaftsleben mit seinen penetrantesten Erscheinungen, dem Grundsatze des freien Wettbewerbes, dem Rationalismus seiner Wirtschaftsführung, den von ihm ausgehenden veränderten Begriffen von Raum und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit und Kraft die gesamte Volkswirtschaft mehr oder minder erfüllt hat, so ist auch sein seelisches Ergebnis, die Reizsamkeit, mehr oder minder Gemeingut der Nation geworden."

Soviel von *Lamprecht*! Und neben ihn stelle ich *Sombart*, der in seiner „Deutschen Volkswirtschaft des 19. Jahrhunderts" die charakteristischen Züge des neuen Geschlechts „in einer Unstetheit, Unruhe und Hast des inneren Menschen sieht, hervorgegangen aus der Unbeständigkeit aller äußeren Lebensbedingungen und der von dem verschärften Kampfe um's Dasein aufgezwungenen Intensivierung d. h. Beschleunigung der Lebensführung, sowie aus einer Verbreiterung, dafür aber zugleich Verflachung unseres Geisteslebens, in dem der rasche Wechsel massenhafter Eindrücke dem einzelnen die Möglichkeit nimmt, die individuelle Eigenart in gleicher Weise, wie ehedem gegen die Außenwelt durchzusetzen."

So wird von den verschiedensten Seiten der schädliche Einfluß der heutigen Kultur in einer weite Volkskreise betreffenden Veränderung des Seelenlebens erkannt, welche, wenn sie nicht identisch mit Nervosität ist, so doch, wie dies *Lamprecht* mit seinem Ausdrucke „Reizsamkeit" bezeichnen will, alle Vorbedingungen für den Ausbruch der Nervosität in sich trägt, so daß nur ein kleiner äußerer oder innerer Anstoß genügt, um die Krankheit auszulösen. So verschieden auch die Äußerungen der Nervosität sein können, es genügt hier, ganz allgemein mit *Cramer* in ihr eine Störung der allgemeinen harmonischen geistigen Leistungsfähigkeit des Gehirns zu sehen, welche in einer gewissen Insuffizienz zum Ausdruck kommt, und wir können es uns hier auch versagen, auf die nosologische Stellung der beiden Hauptformen der allgemeinen Neurosen näher einzugehen, um so mehr, als beide, die Hysterie und Neurasthenie, welche sich seit *Charcot* und *Beard* als wohlcharakterisierte Krankheitstypen in unser ärztliches Denken festgesetzt hatten, neuerdings an dieser Wertschätzung außerordentlich eingebüßt haben und Gefahr laufen, bald nicht mehr als spezifische Krankheiten, sondern nur als nervöse Krankheitssyndrome betrachtet zu werden, welche sich unter dem Einflusse somatischer und psychischer Schädlichkeiten aus einem allgemein oder partiell schwachen Seelenzustande heraus entwickeln.

Auf diese allgemeine nervöse oder besser psychische Minderwertigkeit kommt es hier an, und zwar erhebt sich die Frage, inwieweit


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die ärztliche Erfahrung über die Ursachen dieses Seelenzustandes mit den soeben kurz angeführten Schlüssen des Kulturhistorikers und Volkswirtschaftlers übereinstimmt. Bei der Größe des Materials muß ich die Fragestellung erheblich einschränken und präzisiere sie deshalb unter Heraushebung einer beruflich und sozial bestimmt charakterisierten, wegen seiner Bedeutung heute im Brennpunkte der volkswirtschaftlichen Betrachtung stehenden Volksgruppe folgendermaßen: Auf welche ursächlichen Momente trifft der Arzt bei der Nervosität der heutigen Arbeiterschaft, und welche Beziehungen weisen diese zu dem jetzigen Kulturleben auf?

Die Beantwortung dieser Frage kann hier natürlich nur eine ganz summarische sein und lediglich einen Versuch darstellen, denn ich bin mir der vielfachen Fehlerquellen meiner Erforschung, vor allem der relativen Kleinheit meines Materials wohl bewußt, kann mich aber doch darauf berufen, daß ich diesem Thema seit einer Reihe von Jahren besondere Aufmerksamkeit geschenkt habe, und die Ergebnisse unserer statistischen Einzeluntersuchungen in einigen Dissertationen niedergelegt sind.

Wenn ich hier aus der Masse des Volkes den körperlich Arbeitenden herausgreife, so wird mir vielleicht entgegengehalten: Was da vorher über Kultur und Nervenleben angeführt wurde, ist ja alles ganz richtig und interessant, jedoch es trifft nur für die eigentlichen Kulturträger im Geistes-, Erwerbs- und sozialen Leben zu, im allgemeinen aber doch nicht für den modernen vierten Stand, der von diesen Kulturerschütterungen doch sehr wenig berührt wird. Betont doch z. B. *Hellpach*, dem wir über diese Fragen mehrfache, eingehende Abhandlungen verdanken, immer wieder den tiefgreifenden Unterschied des reizbaren Seelenzustandes als der historischen Psychose des kapitalistischen Bürgertums, hervorgegangen aus der bis zur Abhetzung gesteigerten Beanspruchung des Gefühlskontrastes durch den Gang der Erlebnisse — die kapitalistischen produktiven Stände des Bürgertums sind die ureigenen Träger der Nervosität —, und auf der anderen Seite der völlig andersgearteten Psyche der Lohnarbeiterschaft, bei der nicht infolge von Überreizung Reizbarkeit, sondern infolge von Überermüdung durch die Maschine und verschiedene soziale Besonderheiten hysterische Erscheinungen im Vordergrunde stehen. Man denke nur an die Unfalls-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hysterie. Oder aber es handelt sich um eine einfach psychisch bedingte Verbrauchsneurasthenie, verschärft durch Unterernährung und Alkoholmißbrauch. Hiergegen läßt sich m. E. mancherlei einwenden: sehen wir einmal ganz von der Scheidung nach verschiedenen Krankheitszuständen ab, auch die ätiologischen Probleme lassen meines Erachtens eine solche durchgreifende Trennung nicht zu, die übrigens *Hellpach* selbst auch keineswegs so streng durchgeführt wissen will. Sie gilt höchstens bis zu einem gewissen Grade für die früheste Zeit der jetzigen Kulturperiode bis etwa in die siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein, wo sich das Arbeiterproletariat aus den einfachen Verhältnissen des Handwerker- und Bauernstandes zu bilden begann, dementsprechend noch eine örtlich isolierte Stellung einnahm und deshalb dem Verkehrswirbel noch ferner stand. Auch waren damals die Lebens- und Arbeitsverhältnisse fast allgemein noch übertrieben ungünstige. Jetzt treffen diese ebengenannten Voraussetzungen doch aber in ihrer Allgemeinheit wenigstens für Deutschland nicht mehr zu, und mit rasender Schnelligkeit wird auch der Arbeiter der Herrschaft des modernen Verkehrs und der wachsenden Kulturbedürfnisse unterworfen. Dazu tritt noch ein beständiges Kommen und Gehen zwischen Proletariern und Bürgerlichen im Erwerbs- wie sozialen Leben, ein fortwährendes Steigen vom einfachen Gelegenheits- zum gelernten, verantwortungsreicheren Arbeiter, vom niedriger- zum höher entlohnten, und umgekehrt infolge der Kapitalherrschaft ein unaufhörliches Hinabsteigen von Angehörigen der Bürgerschaft ins Proletariat. Damit ist ein rasches Anwachsen der „chronischen seelischen Überreizung" auch bei dem Arbeiterstande unvermeidlich. Abgesehen von den allgemeinen nervös machenden Kultureinflüssen treffen wir nun aber noch eine Reihe besonderer Faktoren, welche im Gegensatz zu dem modernen Unternehmer, dem Typus der *Beard*schen Neurasthenie, für die Auslösung der Nervosität gerade bei der für ihn arbeitenden Proles verhängnisvoll geworden sind. Diese im einzelnen hervorzuheben ist der Zweck der weiteren Ausführungen.

Je mehr man sich in die ätiologische Erforschung der Neuropsychosen einläßt, um so komplizierter wird das Bild; meist können eine ganze Reihe von schädlichen Einflüssen geltend gemacht werden, welche neben- oder nacheinander den nervösen Zustand allmählich herbeigeführt haben. Da ist es oft nicht leicht, die wichtigsten richtig



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

herauszuheben. Das gilt gleich bei der Frage nach der erblichen Veranlagung, der neuerdings eine immer weitergehende Bedeutung beigemessen wird, so weit, daß manche, wenn anamnestische Anhaltspunkte aus der Stamm- und früheren Lebensgeschichte nicht feststellbar sind, in jedem Falle eine latente Disposition annehmen; andererseits mehren sich doch aber auch die Stimmen, welche, mit besonderer Betonung statistischer Untersuchungen bei Nervengesunden, vor einer Überschätzung des endogenen Faktors warnen. Für den Arbeiterstand kommt derselbe natürlich auch in Frage, besonders infolge der Verbreitung des Alkoholmißbrauchs und der Syphilis bei dem Arbeiterproletariat der Großstädte, aber der Prozentsatz der dadurch geschädigten Nervenkranken scheint mir bei den Angehörigen der anderen Stände ein erheblich höherer zu sein. Doch das ist ein Thema für sich; hier kommt es vorwiegend auf die exogenen Schädlichkeiten an, wie sie das moderne Wirtschaftssystem des Kapitalismus für diejenige Volksklasse mit sich bringt, welche „als besitzlose Lohnarbeiter genötigt sind, auf dem Wege des freien Lohnvertrags ihre Arbeitskräfte gegen Entgelt einem kapitalistischen Unternehmer zeitweise zur Nutzung zu überlassen" (*Sombart*). Wir betrachten nacheinander die allgemeinen Lebensbedingungen, die speziellen Arbeitsverhältnisse sowie den Güterverbrauch des Proletariats.

Von den allgemeinen Lebensbedingungen greife ich hier nur die der Ernährung und Wohnung heraus, und zwar letztere vorerst nur unter dem Gesichtspunkte der physischen Schwächung. Es wird keiner bestreiten, daß eine solche überall dort gegeben ist, wo entsprechend dem obersten Zwecke des Kapitalismus, eine Geldsumme, das Kapital, zu vermehren, der kapitalistische Unternehmer dies durch rücksichtslose Ausbeutung der Arbeitskräfte zu erreichen glaubt. Und es werden hierfür genug Beispiele angeführt werden können, besonders aus der Anfangszeit der neuen Wirtschaftsordnung, wo Arbeitgeber und Arbeitnehmer noch vor ungewohnten Aufgaben standen und die äußeren Verhältnisse noch ganz unzureichende waren. Hier sei nur erinnert an die unzureichenden Löhne, die mangelhafte wirtschaftliche Schulung von Mann und Frau, die Hineinziehung der letzteren in den Fabrikbetrieb, die anfängliche Schwierigkeit, den Massenbedarf in den großen Industriezentren zu decken. Hierin ist doch aber relativ rasch


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine große Änderung eingetreten. Die Erkenntnis der schädlichen Folgen einer skrupellosen Ausnutzung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Arbeiters zeitigte mit der Zunahme des Reichtums auch praktische Erfolge, und so sehen wir denn Staat, Unternehmer, freie Liebesarbeit und schließlich aus der Arbeiterschaft selbst heraus Bestrebungen zu wirtschaftlichem und politischem Zusammenschluß gemeinsam an der Arbeit. Mag es da und dort auch noch drückende Verhältnisse geben, im allgemeinen sind sie wohl jetzt überwunden, und zwar bemerken wir schon hier, wie gerade die Maschine in sich die Bedingungen zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage ihrer Opfer trägt. Bezüglich der besseren Ernährungsbedingungen sei hier nur erinnert an die günstige Wirkung der Verkehrserleichterungen, welche auch dem einfachen Manne zugute kommt. Für ein so wichtiges Volksnahrungsmittel wie die Milch liegt ein sehr interessantes statistisches Material vor, das zeigt, wie die Versorgung damit für den Bewohner der Industriestadt heut schon eine erheblich günstigere ist wie für den Landbewohner, und ähnlich scheint es mit zahlreichen anderen Nährprodukten zu stehen. Ja man kann für manche Gebiete schon von einem Umschwung ins Gegenteil sprechen, d. h. von einem Mangel z. B. in ein einseitiges Übergewicht der Fleischnahrung. Hierfür könnte ich manche bemerkenswerte Erscheinungen anführen.

Wir fanden deshalb bei unsern nervenkranken Arbeitern nicht die Unterernährung als eine bedeutungsvolle Ursache ihrer Erkrankung. Anders steht es bei den Frauen und Kindern, wo die Verhältnisse komplizierter und z. Z. noch weniger günstig liegen; doch muß ich mir versagen, hier auf diese einzugehen.

Es ist allgemein bekannt, daß als eine wichtige Ursache des Schnapsgenusses die ungenügende und unzweckmäßige Ernährung des Arbeiters angeführt wird. Auch dies mag früher gegolten haben, trifft heutzutage doch wohl aber höchstens noch für einzelne Betriebe und Gegenden zu. Wir fanden unter unseren Kranken den Alkoholmißbrauch wohl häufig als eine mitwirkende Ursache der Erkrankung, vor allem auch in seiner schädlichen Wirkung auf die Nachkommenschaft, aber hatten nicht den Eindruck, daß an diesem Mißbrauch mangelhafte Ernährungsmöglichkeit die Schuld trug. Größere Bedeutung haben vielleicht die z. T. unzureichenden Wohnungsverhältnisse, welche selbst in Berlin doch vielfach noch bemerkbar sind, wie das unzweideutig aus den drastischen


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ergebnissen der von der Ortskrankenkasse veranstalteten Wohnungsenquête hervorgeht.

Aber hier handelt es sich nicht mehr allein um physische, sondern zugleich um sehr lebhafte psychische Schädlichkeiten, und deren Bedeutung wächst, wenn wir nicht nur die Ernährungs- und Wohnverhältnisse, sondern die allgemeinen Lebensbedingungen ins Auge fassen, denen das Proletariat unter dem Einflusse der kapitalistischen Wirtschaftsordnung ausgeliefert ist. Das schildert *Sombart* so treffend und ergreifend in seiner kleinen Abhandlung „Das Proletariat". Ich zitiere nur sein Resümee.

„Sind für den Proletarier die jahrtausendealten Beziehungen zwischen Mensch und Natur, zwischen Mensch und Güterwelt, auf denen sich bisher alle Kultur aufgebaut hatte, so gut wie nicht mehr vorhanden, so ist es ihm mit den altehrwürdigen Beziehungen von Mensch zu Mensch nicht besser ergangen. Zerstört durch den eisernen Fuß des Kapitalismus sind alle jene Gemeinschaften, die den Menschen der früheren Zeit, vor allem den Durchschnittsmenschen der großen Masse, zwar banden, aber auch hielten, stützten wirtschaftlich und moralisch. Der Proletarier weiß ebensowenig von einer Dorf- und Geschlechtergemeinschaft wie von einer Familiengemeinschaft, ebensowenig von einer Berufsgemeinschaft wie von einer Arbeitsgemeinschaft. Er ist vereinzelt, vereinsamt, mit seinen Genossen nicht enger verbunden, als das einzelne Sandkorn mit dem anderen im großen Sandhaufen. Wie ein vom Baume gewehtes Blatt, das der Wind über die Fluren treibt."

Der Wegfall so vieler für das Leben wichtiger Imponderabilien, die Loslösung von dem Schutz der Tradition, das sind Folgen der heutigen Kulturbewegung, der ja alle Berufstände ausgesetzt sind, aber so unvermittelt rasch und grausam nur der Proletarier. Wir dürfen uns deshalb nicht wundern, wenn diese Wirkung bei ihm, vor allem bei dem, der als Kind, in der Zeit seiner körperlichen und geistigen Entwicklung, unter dem Eindrucke der ganzen Misere heranwuchs, in einer spezifischen Seelenverfassung zum Ausdruck kommt, in einer Unsicherheit im Denken, Fühlen und Handeln, welche neben Apathie Reizbarkeit, Unzufriedenheit und Mißtrauen gegen die Begüterten erzeugt, dazu aber auch eine gesteigerte Beeinflußbarkeit, die politisch am stärksten hervortreten mußte. Alles in allem der beste Boden für die Entwicklung der Nervosität in ihren verschiedenen Formen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Doch kehren wir zu den körperlichen Schädigungen zurück! Wir dürfen nicht vergessen, wie häufig wir bei unseren Neurosen auf voraufgegangene körperliche Affektionen treffen, von der einfachen schwächlichen Konstitution, Chlorose, Organerkrankung bis zu den verschiedensten Infektionskrankheiten. Alles dies ist für den Arbeiter um so verhängnisvoller, als er sich meist nicht so gründlich behandeln lassen, vor allem auch sich nicht lange genug schonen kann. Ich erinnere nur an die uns so häufig begegnende Schädigung der Nervengesundheit durch mangelhafte Rekonvaleszenz nach Influenza, auch an die gerade beim körperlichen Arbeiter oft so frühzeitige Arteriosklerose, schließlich an die beständige Gelegenheit zu schweren Unfällen. Wir alle wissen ein Lied zu singen von der Unfallsneurose, die naturgemäß den Arbeiter am häufigsten trifft. Ich möchte doch aber hier der Auffassung entgegentreten, daß diese Krankheit für das Proletariat spezifisch sei; denn ich finde hier keine scharfe Trennung gegenüber den anderen Berufständen.

Wenden wir uns nun von den Lebens- zu den eigentlichen Arbeitsverhältnissen, so treffen wir hier auf die unmittelbare Herrschaft der Maschine, als deren Opfer der Arbeiter so oft bezeichnet wird. Zuerst interessiert uns die Frage nach dem Einfluß der Sinnesreize der technischen Arbeit (*Hellpach*), als deren Prototyp der Maschinenlärm genannt zu werden pflegt; aber neben den akustischen Reizen spielen doch auch die optischen eine gewisse Rolle. So sehr dem unbefangenen Beobachter der markerschütternde Fabriklärm von schädigender Bedeutung zu sein scheint, so interessant auch die von *Roth* gemachte Angabe ist, daß in Spinnereien und Webereien die Arbeiter der oberen Stockwerke rascher ermüdeten als die unteren, so spricht doch die praktische Erfahrung gegen die Allgemeingültigkeit einer solchen Auffassung, denn wir erleben täglich, wie wenig uns derartige Einwirkungen berühren, sobald wir uns an sie gewöhnt und die Aufmerksamkeit für sie verloren haben, und dasselbe haben mir viele Arbeiter bestätigt, welche mitten im Maschinenlärm seit Jahren tätig sind. Nur wenige meiner Kranken bezogen ihre Nervosität hierauf, die überwiegende Mehrzahl hatte diese Sinnesreize erst dann unangenehm empfunden, nachdem sie aus anderen Gründen erkrankt waren.

Etwas unterschätzt werden vielleicht die kalorischen Schädlichkeiten, wie sie die Arbeit am offenen Feuer mit sich bringt: sie schaffen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebenso wie hohe Feuchtigkeitsgrade nicht nur die Gelegenheit zur Erwerbung chronischer Lungenkrankheiten und begünstigen damit indirekt den Ausbruch der Nervosität; wichtiger noch ist ihre Beziehung zu rheumatischen Muskelaffektionen, die zur Auslösung allgemeiner Nervenleiden führen, besonders aber die Grundlage zu nervösen Rücken-, Glieder- und Kopfschmerzen abgeben.

Bekannt ist die ungüntige Einwirkung der verdorbenen oder mit Giftstoffen angefüllten Luft in mangelhaft ventilierten Arbeitsräumen oder beim Hantieren mit chemischen Stoffen, welche direkte Nerven- oder Blutgifte darstellen, bekannt aber auch, wie hier bereits in erheblichem Umfange staatlicher Schutz eingegriffen hat. Immerhin müssen wir bei einer Reihe unserer Kranken diese Einflüsse als mitbestimmend in Rechnung stellen. Sie werden sich bei der besten Hygiene niemals ganz ausschalten lassen, fehlten ja auch in früheren Jahrhunderten nicht und wirkten dann beim Fehlen aller Schutzmaßregeln gewiß viel intensiver als unter der heutigen Herrschaft der Maschine.

Viel schwerwiegender, aber auch wegen der vielen in Betracht kommenden verschiedenen Faktoren schwieriger zu übersehen ist die Frage, inwieweit die Maschine ein Übermaß von körperlicher Arbeit bedingt und damit durch körperliche Erschöpfung den Grund zur nervösen Erkrankung legt. Die „Ermüdung durch Berufsarbeit" bildete das Thema eingehender Referate auf dem letzten Internationalen Hygiene-Kongresse und hat dort besonders von *Roth* eine so umfassende Besprechung erfahren, daß ich kaum Neues beibringen und mich deshalb ganz kurz fassen kann. Ganz allgemein möchte ich sagen: So schön das auch klingt: die Maschine bindet den Arbeiter sklavisch an sich; ihr unpersönlicher Rhythmus, ihre Rastlosigkeit, welche genügende Ruhepausen verhindert, führt zu einer andauernden Überspannung seiner Kräfte — in Wirklichkeit sieht es heutzutage doch wohl nicht so schlimm aus. Nach meinen persönlichen Erfahrungen wenigstens kann bei unsern Arbeitern von einer körperlichen Überanstrengung im allgemeinen nicht mehr die Rede sein; häufiger glaubte ich, einseitigen muskulären Übermüdungen eine lokale ursächliche Bedeutung für nervöse Beschwerden zuerkennen zu müssen. Wo eine allgemeine Überanstrengung wirklich in Frage zu kommen schien, da handelte es sich um körperlich Minderwertige: Frauen, Kinder, jugendliche


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zarte Individuen oder solche, welche unter dem heutigen raschen Wechsel der Arbeit unvermittelt von gewohnter leichter zu schwerer übergegangen waren.

Die Maschine ersetzt ja gerade Menschenarbeit, mindert deshalb also die körperlichen Anstrengungen. Diese haben — darin stimmen meine Erfahrungen mit denen *Roths* völlig überein — eine viel größere Bedeutung bei den Unterbeamten der Verkehrsinstitute, den kleinen Handwerkern und den Angestellten der großen Warenhäuser. — Letzteres gilt auch für eine übermäßige zeitliche Ausdehnung der Arbeit, deren Einfluß vielleicht noch schwerer festzustellen ist, denn für den Einzelnen ist derselbe nur in Relation zu seinem jeweiligen, von inneren und äußeren Momenten abhängigen Zustande und zu der Qualität der geleisteten Arbeit abzuschätzen. Eine Normalarbeitszeit ist deshalb eigentlich ein Unding. Bisweilen scheint eine unzweckmäßige Einteilung der Arbeitsstunden, besonders auch der Arbeitspausen, sodann die Verlegung der Arbeit auf die Nachtstunden ungünstig zu wirken; als wichtiger traten uns die Überstunden, die Zusammendrängung der Arbeit in Saisonbetrieben, vor allem aber das Akkordsystem entgegen, welches zur Vernachlässigung der notwendigen Ruhepausen verführt. Aber hier treffen wir nun schon auf die das Körperliche überwiegende Bedeutung der gemütlichen Überspannung, wie sie Hast und Unruhe, Furcht vor Unterbietung und Ersatzleistung und alle die erregenden Momente der kapitalistischen Herrschaft herbeiführen. Ich möchte jedoch auch hier wieder bemerken, daß der durchschnittliche Fabrikarbeiter m. E. diesen Schäden erheblich weniger ausgesetzt ist, als der Handwerker und der kaufmännische Angestellte.

Nun aber zu der dritten, der für unsere Frage bedeutungsvollsten Seite der Arbeitsschädigung, den seelischen Einwirkungen der Fabrikarbeit! Sie werden vorwiegend in dem gesucht, was man als Entgeistigung der Arbeit bezeichnet. Ich zitiere wieder *Sombart*:

„Die Tätigkeit erscheint nicht mehr als Ausfluß einer Persönlichkeit, sondern als Abwicklung eines Prozesses: sie ist versachlicht. Was kann der einzelne aus ihr an persönlichem Eigenartsbewußtsein ableiten? Ein Schneider, ein Schlosser, ein Bäcker, ein Gerber, sie alle haben einen wohlumschriebenen Kreis von Tätigkeiten, deren Ausübung ihnen einen Lebens-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

inhalt gewähren und sie mit Stolz erfüllen kann. Wie aber soll ein Arbeiter in einer Insektenpulverfabrik oder in einer Hühneraugenringfabrik oder in einer Schwefelsäurefabrik ein innerliches Verhältnis zu seiner Berufstätigkeit gewinnen?"

Und an anderem Orte: „Ich möchte es als das gewaltigste und folgenreichste Ergebnis aller Richtungen der kapitalistischen Entwicklung auf die Arbeiterschaft bezeichnen, daß sie dieser die Arbeit als höchstes Gut genommen hat."

Ähnlich *Lamprecht.*

Man deduziert nun weiter: Diese Entgeistigung der Arbeiter schafft bei dem Proletarier ein stumpfsinniges Dahinbrüten oder eine unterdrückte Begehrlichkeit und drängt ihn dazu, sich in Schnaps zu betäuben oder sich auszuleben, sei es in grober Sinnlichkeit, sei es in unfruchtbarer Phantasie.

Ich bin der letzte, der diese Gefahren und ihre Bedeutung für die Psyche der Arbeiterseele verkennt — aber ich möchte doch vor einer Überschätzung derselben warnen, denn die von mir befragten nervös erkrankten Arbeiter bestätigten mir fast sämtlich immer wieder von neuem, daß sie ihre Arbeit, auch die einfache, maschinelle, an sich nicht mit Unlust verrichtet haben, vor allem aber, daß sie dabei gar keine Zeit gehabt haben, vor sich hinzubrüten oder anderen Gedanken nachzuhängen.

Die zunehmende Herrschaft der Maschine bedingt eine immer weitergehende Vervollkommnung derselben; damit werden immer größere Anforderungen an die Aufmerksamkeit des einzelnen Arbeiters gestellt, sein Verantwortungsgefühl erhöht, oft genug auch sein technisches Interesse angeregt. Die fähigen Köpfe rücken rasch vorwärts, der Gelegenheitsarbeiter wird zum Gelernten, und mit den steigenden Einnahmen erhöht sich die Lust an dem Arbeitsverdienst. So schafft die Arbeit immer neue Wertungen, welche die psychische Spannung eher erhöht und Reizsamkeitsmomente zeitigt, welche manchen als ein Vorrecht des Bürgerlichen unserer Zeit gelten.

Natürlich bleibt dabei für andere noch genug stumpfsinnige Arbeit zu tun. Aber welchem Berufe wäre sie versagt! Und der „Geistig-Armen" gibt es übergenug, welche sich bei solcher eintönigen, wenn auch geistig unbefriedigenden Arbeit wohl fühlen und gar nicht nach Verantwortung verlangen. Ein Unglück für sie, wenn ihnen künstlich und überstürzt Kulturbedürfnisse aufgedrängt werden, zu denen


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie nicht reif sind, und von außen Leidenschaften hineingetragen werden, die sie erst recht nicht zu meistern vermögen.

Ich schließe hieraus, daß im allgemeinen die Arbeitsverhältnisse doch nicht so trostlose sind, als sie manchem erscheinen, wenigstens jetzt nicht mehr. Möglich, daß dies früher anders war, wahrscheinlich auch, daß diese Entgeistigung in manchen Distrikten und besonders schwierigen Betrieben — ich denke hier an die Textilindustrie und den Bergbau — noch jetzt eine größere Bedeutung hat. Auch verkenne ich letztere nicht für einzelne besondere Fälle: so lernte ich Männer kennen, die aus besseren Tagen und mit höherer Bildung durch unglückliche Schicksalsschläge zu einfacher Gelegenheitsarbeit übergehen mußten und unter der Monotonie derselben schwer litten, ebenso wie solche, die Handwerker in kleinen Orten waren, dem Zug nach der Großstadt folgten, hier nicht vorwärts kamen und nun bald unter Aufgabe ihrer Selbständigkeit eintönige Lohnarbeiten verrichten mußten. Bei manchen hatte die Soldatenzeit diesen Drang nach lockendem Verdienste in der Stadt gezeitigt, oder es handelte sich um haltlose Psychopathen, welche an keiner Arbeit Gefallen fanden, deshalb auch oder erst recht nicht an der des Fabrikarbeiters.

Wichtiger als der behauptete Schaden der bis aufs äußerste getriebenen Arbeitseinteilung und -Monotonie, dünkt mich die durch die heutige Wirtschaftsordnung geschaffene und für den Proletarier besonders drückende Existenzunsicherheit im weitesten Sinne des Wortes, das Gefühl der absoluten Abhängigkeit oder, wie *Sombart* sagt, der ökonomischen Sklaverei, der bedingunglosen Unterwerfung des rechtlich Freien unter den Willen des Unternehmers, der meist nicht persönliche Beziehungen zu ihm hat, wie zur patriarchalischen Zeit, oft genug eine unpersönliche — rein kapitalistische — Gesellschaft ist. Damit hängt ja weiter eng zusammen die bereits erwähnte Loslösung von der Stammes-, Familien- und Arbeitsgemeinschaft; alles Momente, deren Verlust für ihn die Einbuße nicht nur einer materiellen Sicherheit, sondern auch eines festen sittlichen Haltes außerhalb der Arbeit bedeutet. Unter den traditionellen Mächten darf das Festhalten an einer bestimmten religiösen Überzeugung und kirchlichen Überlieferungen nicht vernachlässigt werden; ihr Verlust muß um so verhängnisvoller für den einfachen Mann werden, als diesen im allgemeinen der geringere Bildungsgrad und die durch


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die äußeren Umstände bedingte Beschränktheit seines Gesichtskreises eine abgeklärte, philosophische Lebensweisheit nicht leicht gewinnen lassen. Daß dieses Manko einer festen Lebensanschauung infolge des schwindenden Interesses für religiöse Bedürfnisse dem Seelenzustande weiter Kreise gefährlich wird, darauf ist neuerdings auch von durchaus nicht kirchlicher Seite mit Recht hingewiesen worden.

Allerdings ist hier dem vierten Stande ein Helfer im Sozialismus entstanden, dessen Lehren und Verheißungen für ihn das neue Evangelium werden. Es verheißt ihm das Ende der kapitalistischen Ära mit allen ihren Nöten als ein naturnotwendiges Entwicklungsgesetz und das Kommen eines neuen goldenen Zeitalters. Wer wollte verkennen, daß dieses Dogma wohl geeignet ist, die Proletarierpsyche zu fassen und ihr einen Ersatz zu geben für den mit dem Aufhören der patriarchalischen Wirtschaftsordnung verschwundenen Schutz und Halt in materieller und ideeller Beziehung. Aber die neuen Propheten bringen keine Beruhigung, sondern eine steigende Erregung der Gemüter, indem sie den Kampf gegen die heutige Wirtschaftsordnung predigen, deren Quintessenz das eherne Lohngesetz darstellt, und dazu die heftigsten Leidenschaften wachriefen (*Marx* ruft ihnen zu: „Für Sie stets das Nagen am Hungertuch, für den Arbeitsherrn die Vorteile des Schweißes.") Aus dem Massenbewußtsein ist eine Massenherrschaft geworden. Wenn *Le Bon* die Psyche der Massen als eine solche definiert, in der die bewußte Persönlichkeit schwindet, das Unbewußte vorherrscht, die Hemmungen fortfallen und dafür Impulsivität, Leichtgläubigkeit, Überschwenglichkeit, Unduldsamkeit, Autoritätsglaube herrschen, — so sind das alles psychische Eigentümlichkeiten, die nur eines Anstoßes — von innen oder außen — bedürfen, um als krankhafte Reaktion im Sinne der Nervosität in Erscheinung zu treten. Und zwar nicht nur als Massenäußerungen, sondern auch bei den einzelnen Gliedern dieser Masse in ihrem persönlichen Verhalten ihrer Umwelt gegenüber.

Im gewissen Sinne hat auch die moderne soziale Gesetzgebung, die ja die glückliche Tendenz hat, den vorher geschilderten ungünstigen Einwirkungen der heutigen Wirtschaftsordnung auf Leben und Arbeit des Proletariers entgegenzuarbeiten, ebenso wie der demselben Zwecke dienstbare gewerkschaftliche Zusammenschluß der Arbeiter den Nachteil für die Psyche der Massen, wie des einzelnen, daß



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

damit die Widerstandskraft herabgesetzt, das Vertrauen auf die eigene Kraft gemindert und doch auch Unzufriedenheit und Begehrlichkeit gefördert wird. So spricht *Quincke* direkt von der schwächenden und demoralisierenden Wirkung der sozialen Gesetze auf den Charakter.

Die Politik des Proletariers hängt enge mit seiner Arbeitsweise zusammen: ihre Betätigung aber findet außerhalb der Arbeit statt. Wir sind deshalb in unserer Besprechung von den Einflüssen des Berufes schon übergegangen zu den Lebensäußerungen außerhalb desselben. Soweit sie speziell Ernährung einschließlich Alkoholverbrauch, Wohnung und allgemeine hygienische Verhältnisse berühren, sind sie bereits berücksichtigt worden. Hier sei zum Schluß noch auf einige Seiten des Güterverbrauches eingegangen, was kurz gefaßt werden kann, weil aus ihm im allgemeinen den anderen Berufständen viel größere Gefahren für die Nervengesundheit erwachsen als dem Arbeiter.

Allerdings, je mehr dessen Einkünfte wachsen, je mehr er in großen Verkehrszentren Wohnung nimmt, je mehr er mit den Seinen es den kulturell Fortgeschritteneren gleichtun will, — um so mehr wird auch er ein Sklave der Kulturbedürfnisse und ihrer Herrin, der Mode, deren modernes Gepräge in einer außerordentlichen Differenzierung, in einer immer unübersehbareren Masse von Gebrauchsgegenständen, vor allem in einem rasenden Tempo des Wechsels gesehen wird (*Sombart*). Und naturgemäß erfolgt die Nachahmung der Höherstehenden vorerst in allerhand Äußerlichkeiten; der Arbeiter, der Produzent der Massenartikel, wird auch ihr bester Abnehmer, und so wird ihm das Produkt seiner Arbeit oft genug die Quelle neuer Hast und Unruhe, neuer Sorgen.

Im übrigen ist er mehr, wie der sozial Höherstehende, darauf angewiesen, sich seine Unterhaltuug und Erholung nach der Arbeit dort zu suchen, wo sie die Masse findet, und er folgt hier naturgemäß dem Beispiel der eigentlichen Kulturträger. So nimmt auch er reichen Anteil an der Überstürzung und Oberflächlichkeit, an den gröberen und feineren Sinnesreizen, wie sie die Vergnügungen und sogenannten Zerstreuungen — fälschlich Erholungen genannt — des modernen Großstadtlebens bieten. Die beliebtesten Schaustellungen werden auch ihm Zirkus, Tingeltangel und Kinematographentheater.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber, wie schon erwähnt, das gilt wohl nur für einen Teil unserer Arbeiter, besonders der sich selbst überlassenen Jugend in den Großstädten; der größere Teil steht diesem nervenaufreibenden Treiben wohl noch fern, ist vielleicht auch wegen seiner naiveren Auffassung, gerade auch in sexualibus, den Gefahren desselben weniger ausgesetzt (*Hellpach*) und dank seiner anstrengenden körperlichen Arbeit physisch zu einer größeren Ruhe gezwungen. Andererseits bemerken wir einen starken Zug nach einem Ausgleich der harten Arbeitstunden durch eine inhaltvolle Ausnutzung der Freizeit, gerade auch nach der ideellen Seite hin. Sie wissen ja, wie reges Entgegenkommen alle die dankenswerten Bestrebungen finden, das Bedürfnis des Volkes nach einer würdigen Ausfüllung seiner Erholungsstunden zu befriedigen, oder, wie der Kunstwart schreibt, „die zehrenden Vergnügungen durch nährende Freuden im Volk zu verdrängen". Aber ein Übermaß und eine Überstürzung kann auch hier schaden. Ich nenne hier nur die Befriedigung des rein wissenschaftlichen Bildungstriebes, der bekanntlich zurzeit bei den Arbeitern besonders stark ist und lebhaft gefördert wird. Wenigstens ist m. E. nicht so selten bei meinen Kranken hieraus ein Nachteil für ihre psychische Gesundheit erwachsen, äußerlich, weil dabei die gerade für den körperlich Arbeitenden notwendige Ruhe zu kurz kam, innerlich, weil eine oberflächliche Aneignung des Wissensstoffes, unterstützt durch zu vielerlei Belehrung zugleich oder rasch hintereinander, nicht Befriedigung und Ruhe, sondern Unruhe, Unsicherheit und Mißstimmung erzeugte.

Wie eine falsche Aufklärung Nervenstörungen geradezu züchten kann, zeigt das Beispiel jenes Volksschullehrers, der seine Schüler die Symptome der Neurasthenie auswendig lernen ließ und die Aufmerksamkeit des einzelnen dann damit irreleitete, daß er ihn fragte, ob und welche dieser Erscheinungen er bei der Arbeit an sich selbst bemerke. —

Die vorstehenden Ausführungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen.

Was unser modernes Leben vor anderen an neuen Gesichtspunkten und großen Umwälzungen reichen Kulturepochen auszeichnet, ist vielleicht nicht so sehr seine Überstürzung und Unruhe, auch nicht die Macht des Kapitals, als vielmehr die weitgehende technische Ausnutzung der Naturkräfte im Dienste des letzteren, die es notwendig


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit sich bringt, daß die plötzliche Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen nicht, wie früher, einzelne Kreise, sondern die Gesamtmasse des Volkes betrifft; nicht nur die führenden Geister, sondern auch das neuerstandene Proletariat.

Wie der Historiker auf allen Gebieten des Lebens eine Veränderung der Volksseele im Sinne einer gesteigerten Reizsamkeit feststellt, so hat der Arzt Gelegenheit, in sich häufender Zahl an einzelnen Individuen dieser Epoche eine Steigerung dieser Reizsamkeit ins Krankhafte im Sinne der Nervosität und der allgemeinen Neurosen zu bemerken.

Den Arbeitern speziell brachten die neuen Kulturverhältnisse mit der Herrschaft der Maschine zunächst eine Epoche schwerer körperlicher Schädigungen, ganz allgemein gekennzeichnet durch schlechte hygienische Verhältnisse, mangelhafte und unzweckmäßige Ernährung und körperlicher Überanstrengung, dazu die rasche Loslösung von allen bisherigen traditionellen, materiellen und sittlichen Halt gebenden Mächten, die wirtschaftliche Abhängigkeit von der Maschine und damit eine außerordentliche Unsicherheit der gesamten Lebensführung.

Die fortschreitende Entwicklung führt aber nicht nur zu einer überall schon deutlich erkennbaren Überwindung der körperlich schädigenden Einflüsse, sondern läßt auch in den psychischen Wirkungen bereits nach verschiedenen Richtungen hin eine Milderung der Härten und eine Konsolidierung der anfänglichen unsicheren Verhältnisse erkennen.

Je mehr sich hierbei aber die Lebens- und Arbeitsverhältnisse des Proletariers denen der bürgerlichen Kreise nähern, um so mehr wird er auch ein Opfer ihrer Kulturbedürfnisse und gerät in immer größere Gefahr, infolge gehäufter gemütlicher Spannung der Nervosität anheimzufallen.

Indem der Arzt den Ursachen dieser nervenerregenden Einflüsse im einzelnen nachgeht, um so mehr Anhaltspunkte gewinnt er nicht nur für die richtige Behandlung des einzelnen erkrankten Menschen, sondern, was noch wichtiger ist, zur Ausbildung einer für die Allgemeinheit nutzbringenden Prophylaxe.

Und wenn ihn bei seiner bescheidenen Mitarbeit an dieser großen Aufgabe Zaghaftigkeit und, gegenüber so vielen Stimmen, welche von


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem hoffnunglosen Degenerativproreß unseres Volkes reden, ein lähmender Pessimismus befallen will, dann hole er sich Mut und Kraft bei dem Geschichtsforscher, der von überlegener Warte zeigt, wie die Kultur ihren gesetzmäßigen Werdegang geht und, so stürmisch auch manchmal ihr Lauf sich vollzieht, doch immer wieder die Bedingungen zum Ausgleich der heraufbeschworenen Gegensätze und zu einem neuen kräftigen Leben in sich trägt.

Benutzte Literatur.

Cramer, A., Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Jena 1906.

Eisner, W., Die Ermüdung durch Berufsarbeit. Bericht über den XIV. Intern. Kongr. f. Hyg. u. Dermogr. II., S. 573. Berlin 1908.

Forster, Über die körperlichen Strafen in der Schule. Berl. Klinische Wochenschr. 1908, Nr. 34.

Heilig, G., Fabrikarbeit und Nervenleiden. J. D. Berlin 1908.

Hellpach, W., Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1904.

Derselbe, Nervosität und Kultur. Berlin 1902.

Derselbe, Nervenleben und Weltanschauung. Wiesbaden 1906.

Derselbe, Unfallneurosen und Arbeitsfreude. Neurolog. Zentralbl. 1906, Nr. 13.

Derselbe, Technischer Fortschritt und seelische Gesundheit. Halle a. S. 1907.

His, W., Medizin und Überkultur. Deutsch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 15.

Lamprecht, K., Deutsche Geschichte. 1. u. 2. Ergänzungsband. Freiburg i. Br. 1902, 1903, 1906.

Le Bon, G., Psychologie der Massen; deutsch von *R. Eisler*. Leipzig 1908.

Leubuscher und *Bibrowicz*, Die Neurasthenie in Arbeiterkreisen. Deutsch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 820.

Möebius, P. J., Neurologische Beiträge, Leipzig 1898; Die Nervosität 3. Aufl. Leipzig 1906.

Roth, E., Ermüdung durch Berufsarbeit. Ärztl. Sachverständigenzeit. 1907, Nr. 19 und Bericht über den XIV. Intern. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. II., S. 391. Berlin 1908.

Schönhals, P., Über die Ursachen der Neurasthenie und Hysterie bei Arbeitern. J. D. Berlin 1906.

Schmidt, W., Ätiol. Betracht. bei nervös. Erkrank. von Militäranw. im spät. Zivilberuf. J. D. Berlin 1908.

Sombart, W., Wirtschaft und Mode. Grenzfrage des Nerven- und Seelenlebens, XII. Wiesbaden 1902.

Derselbe, Die deutsche Volkswirtschaft im 19. Jahrhundert. Berlin 1903.

Derselbe, Das Proletariat; Die Gesellschaft, I. Frankfurt a. M. 1906.

Stehr, A., Alkoholgenuß und wirtschaftliche Arbeit. Jena 1904.

Veraguth, O., Kultur und Nervensystem. Zürich 1904.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen.

Von

Dr. **Karl Birnbaum,** Irrenanstalt Buch der Stadt Berlin.

In meiner Arbeit über „Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen"[1]) habe ich nachzuweisen versucht, daß die auf degenerativ-hysterischem Boden erwachsenden Wahnpsychosen ihrer ganzen Entstehungs- und Verlaufsweise nach (Auftreten auf äußeren Anstoß hin, Beginn mit Bewußtseinsstörungen, weitgehende Beeinflußbarkeit in allen Stadien durch äußere Faktoren usw.) sich wesentlich von echt paranoischen Prozessen unterscheiden. Und ebensowenig haben meines Erachtens die dabei auftretenden wahnhaften Ideen etwas mit echt paranoischen Gebilden zu tun, denn ihnen ist eine den paranoischen fremde Oberflächlichkeit zu eigen, wie sie in ihrem unzulänglichen und schwankenden Realitätswert, ihrer Unbeständigkeit, Veränderlichkeit und Beeinflußbarkeit zum Ausdruck kommt. Da diese wahnhaften Vorstellungen durch einen vom paranoischen völlig verschiedenen Mechanismus ihre Überzeugungskraft und subjektiven Wirklichkeitswert erhalten, durch lustvolle Hingabe an die Ideen und erhöhte Selbstbeeinflussung, so erschien mir für sie eine besondere Bezeichnung angebracht, und zwar glaubte ich sie am treffendsten als „wahnhafte Einbildungen" zu kennzeichnen.

All diese Besonderheiten, welche die degenerativen Wahnpsychosen im Verlaufs- und Symptomenbilde darbieten, und speziell die Eigenart der wahnhaften Einbildungen selbst bringt der folgende Fall[2]), der auch sonst interessante Einzelheiten enthält, einwandfrei

---

[1]) Halle, Marhold, 1908.

[2]) Meinem verehrten Chef, Herrn San.-Rat Dr. *Richter*-Buch, spreche ich auch an dieser Stelle für die freundliche Überlassung des Falles


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und rein zum Ausdruck. Er verdient daher eine ausführliche Wiedergabe:

N. N., 1875 geboren, bietet körperlich deutliche Degenerationszeichen (Asymmetrie und Deformation der knöchernen Gesichts- und Schädelbildung, zusammengewachsene Augenbrauen, angewachsene Ohrläppchen, hohen Gaumen, kleine geriefte Schneidezähne, breite weibliche Hüften, geringe Körperbehaarung); ist erblich schwer belastet: Großvater väterlicherseits Epileptiker; Vater litt nach einem Unfall an Zuckungen, war zeitweise verwirrt, ertrank im Krampfanfall; Vaters Bruder Trinker, starb durch Suizid; Mutter psychisch abnorm, war übermäßig fromm; eine Schwester litt an Hystero-Epilepsie, war mehrfach in Anstalten; ein Cousin gleichfalls epileptisch; eine Schwester starb an Hirnhautentzündung.

N. selbst litt häufig an Kopfschmerz, bis zum 14. Lebensjahre auch an Bettnässen, war sonst bis auf Brustfellentzündung und Rheumatismus nicht weiter krank. Als Kind war er still, naschhaft, galt als mädchenhaft und hielt sich von Jungen fern. Später onanierte er viel und pflegte angeblich seit der Pubertät homosexuellen Verkehr. In der Schule lernte er gut, kam dann in eine Erziehungsanstalt, wo er als bösartiger und schwieriger Knabe bezeichnet wurde. Kurze Zeit war er dann Bäcker, nachher Damenschneider in Berlin. Nachdem er in das wirtschaftliche Leben getreten war, ging es mit ihm schnell bergab, er verkehrte viel in Verbrecher- und Prostituiertenkreisen, in ersteren war er wegen seines eleganten Auftretens unter dem Spitznamen „Gentleman", in letzteren als „L i e s c h e n" bekannt. Er lebte vorwiegend von gewerbsmäßiger Unzucht, indem er als päderastischer Prostituierter in Frauenkleidern ging. Zudem verübte er vielfache Einbruchsdiebstähle, und zwar angeblich nicht so sehr aus Not, als um seiner Neigung als Dame zu leben frönen zu können. Jedenfalls ist von Komplicen bestätigt, daß er bei Einbruchsdiebstählen Damenkleider mitnahm.

Nachdem N. im 18. Lebensjahre zuerst bestraft worden war, folgten vom 19. an die Strafen so unmittelbar aufeinander, daß er, abgesehen von kurzen, mehrwöchigen Unterbrechungen, von 1893 an fast dauernd sein Leben in Gefängnissen und Zuchthäusern zubrachte. In der Strafanstalt war er nicht besonders auffällig, führte sich vielmehr ganz gut. Bei seiner letzten Entlassung aus zweijähriger Zuchthaushaft heißt es im Februar 1900 von ihm, er habe nicht soviel Ernst und Halt, um längere Zeit mit Widerwärtigkeiten zu kämpfen, und werde den an ihn herantretenden Versuchungen unterliegen. In der Tat beging N. schon einige Wochen später von neuem Einbruchsdiebstähle an verschiedenen Orten.

---

meinen verbindlichsten Dank aus, ebenso Herrn Med.-Rat Dr. *Leppmann*-Berlin für die Liebenswürdigkeit, mit der er mir einige darauf bezügliche Schriftstücke zur Verfügung stellte.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

April 1900 wurde er dann festgenommen, als er nach England fliehen wollte.

Nach der Verhaftung scheint er erregt gewesen zu sein. Beim Transport soll er versucht haben, aus dem Fenster zu springen, im Untersuchungsgefängnis, mit dem Quecksilber des Thermometers sich zu vergiften. Seine Straftat leugnete er anfangs, später legte er in der Hoffnung auf milde Bestrafung ein Geständnis ab. Im Juli 1900 wurde er dann in zwei Terminen zu einer Gesamtstrafe von 10 Jahren Zuchthaus verurteilt.

Als er am 28. Juli 1900 zur Strafverbüßung in das Zuchthaus M. kam, war er zunächst gedrückt und mürrisch, aber klar. Bereits am folgenden Tage, als er seine Beschäftigung beginnen sollte, setzte er sich brütend hin und winkte ab. In der Zelle hüllte er den Kopf in die Jacke und sagte auf Fragen nur: „Sei alles aus, sei alles aus" und „die Leute sehen mich ja so an." Sein Gesichtsausdruck war starr, der Blick allerdings dabei lauernd. Da er bei kühler und blasser Haut in völliger Hemmung und Spannung verblieb, nachts meist schlaflos war, einzelne Mahlzeiten verweigerte, wurde er nunmehr als in Starrsucht (Melancholia stupida) verfallen Anfang August nach der Irrenabteilung M. verlegt. Beim Abholen aus der Hauptanstalt machte er abwehrende Bewegungen, kratzte sich mit der Hand ständig auf dem Kopfe und stöhnte. Sein Gang war schleppend, der Oberkörper nach vorn gebeugt. Auf Fragen gab er keine Antwort, sondern fuhr sich mit den Händen unbeholfen im Gesicht herum, kleidete sich aber ordentlich und sachgemäß um. In die Zelle gebracht, stellte er sich zuerst mit gebeugtem Kopfe in eine Ecke, machte jedoch dann sein Bett vorschriftsmäßig und legte sich nieder. Nach einiger Zeit verlangte er deutlich einen Nachttopf zum Austreten und Wasser zum Trinken. Nachts klopfte er an die Tür und sagte: „Mach' auf, Paul, gib mir meine Sachen, ich will auf den Strich gehen und Geld verdienen." Am nächsten Abend das gleiche Verhalten, er klopfte wieder: „Es ist alles zu, was soll ich doch noch hier, gib mir meine Sachen." Im übrigen lag er ruhig im Bett. Fragen lehnte er zunächst durch abweisende Bewegungen ab, sagte höchstens: „Nichts! Nichts!" Wenn er jedoch Bedürfnisse hatte, äußerte er sich klar und deutlich. Sein ganzes Benehmen wird in der Krankheitsgeschichte als dumm gezwungenes, gemachtes bezeichnet. Nach einigen Tagen antwortete er leise dem Arzt, der ihn fragte, ob ihm die 10 Jahre wohl in die Glieder gefahren seien: „Ich habe 15, die Schwester hat mich angezeigt." (Hatte dabei selbst beim Strafantritt erklärt, 10 Jahre Strafe zu haben!) Im lauen Bade mit kaltem Wasser übergossen, blieb er gleichmäßig still mit gespannten, scheuen Zügen. Nach etwa 8 Tagen gab er auf eindringliches Befragen zögernd Bescheid: seine Schwester sei an der schweren Bestrafung schuld, sie habe ihn der Polizei verraten. Im übrigen zeigte er das gleiche, scheue, abweisende Verhalten.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er sprach meist von selbst nicht, bewegte nur die Lippen, lag im Bett, das Gesicht gegen die Wand gekehrt, machte bei Unterhaltungsversuchen Abwehrbewegungen mit den Händen und schüttelte den Kopf. Außer Bett drückte er sich scheu und ängstlich in den Ecken herum, ohne zu sprechen; bei jeder Annäherung kroch er in sich zusammen. Ende August trieb er sich nachts meist außer dem Bette herum und suchte dann und wann bei anderen ins Bett zu schlüpfen. Er begann nun auch mit wenigen abgebrochenen Sätzen zu sprechen, indem er von einem zum andern ging und sagte: „Du mußt nicht sagen „N." (sein eigentlicher Name), sondern „Lieschen", du mußt nicht schimpfen, ich bin gut." Sonst legte er ein kindlich-naives Wesen an den Tag, zeigte trippelnden Gang, spielte mit den Fingern usw. Tagelang beschäftigte er sich einzig mit Messingknöpfen; wenn man sie ihm wegnehmen wollte, schrie er: „Mein Gold! mein Gold!" Auch versuchte er den Aufsehern die Knöpfe vom Rock zu reißen, indem er sagte: „Mein Gold! mein Gold!" Zeitweise bat er ganz höflich darum, es sei doch Gold. In den Arbeitsaal verlegt, blieb er nicht dort, heulte wie ein Kind, er fürchte sich. Wenn er angestoßen wurde, gab er Laute von sich wie ein schmollendes Kind; dabei war er ängstlich und scheu, schreckte bei allen Vorgängen zusammen, hatte Angst vor seinen Mitkranken und Aufsehern, behauptete, sie wollten ihn schlagen, fürchtete sich nachts allein zu schlafen.

Zur Beschäftigung war er nicht zu bringen, ging nur mit schleppendem Gang auf und ab, schnitt Grimassen und äußerte in weinerlichem Tone: „Lieschen muß nicht arbeiten". Nannte man ihn „N." so wurde er verdrossen, antwortete; „Du mußt sagen Lieschen". Manchmal brachte er auch ganz geordnete Äußerungen vor, verlangte z. B. ein englisches Lesebuch zur Unterhaltung und fing zum Beweise, daß er es verstehe, englisch zu sprechen an.

Auch weiterhin hatte er die Neigung, nachts zu gewissen Mitpatientem ins Bett zu kriechen, am Tage versuchte er oft sie zu küssen. Auf Vorhaltungen war er verletzt, erklärte, man suche ihn zu beleidigen. Sein Verhalten blieb dabei kindisch, läppisch. Oft fragte er, was er hier solle, er sei doch nicht krank. Erklärte man ihm, er müsse seine Strafe verbüßen, dann jammerte er und sagte: „Lieschen hat keine Strafe, Lieschen muß fort von hier." Auch sonst wollte er von der langen Strafe nichts hören, er wurde dann gleich verstimmt. Vorübergehend arbeitete er auch einmal: „Lieschen muß nur arbeiten", stellte aber alsbald die Arbeit wieder ein, er wolle fort, der Arzt habe ihn bei vielen Herren schlecht gemacht. Alle Personen, auch den Arzt, duzte er; auf Vorhalten erklärte er: „Das ist so gerade recht, man muß zu jedem du sagen".


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ende November wurde sein Wesen etwas freier; sprach man aber von seiner langen Strafe, so strampelte er mit den Füßen, machte abwehrende Armbewegungen und sagte vor sich hin, er habe keine Strafe. Er zeigte jetzt ein ausgesprochen mädchenhaftes Wesen, drängte darauf, daß er rasiert würde: Lieschen dürfe keinen Bart haben, schloß sich eng an einen Mitgefangenen K. an, und beide gebärdeten sich nun wie zwei Liebende, aßen aus einer Schüssel usw. Wurde er angestoßen oder berührt, so schrie er auf wie ein erschrecktes Mädchen. Bei unanständigen Äußerungen war er aufgebracht, sein Schamgefühl werde verletzt; dagegen hörte er gern zu, wenn in gemeiner Weise von homosexuellem Verkehr geredet wurde. Er erklärte u. a., er habe vom geschlechtlichen Umgang mit einem Manne mehr Genuß als mit einem Frauenzimmer. Übrigens machte er auch Versuche, Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr mit seinem lieben Freunde K. zu finden; als es herauskam, stellte er sich empört.

Im Dezember sprach er schon recht gewandt seinen Mitpatienten gegenüber über die Verhältnisse in den verschiedenen Strafanstalten, welche er kennen gelernt hatte; er soll dabei erklärt haben, so lange er zu jedem „du" sage, müsse man ihn für geisteskrank ansehen, komme er wirklich einmal nach der Hauptanstalt, so werde er sich eine Zeitlang halten und dann alles demolieren. So müßten sie ihn doch herauslassen, die lange Strafe mache er nicht ab. Im übrigen zeigte er ein wechselndes Verhalten, nahm bald an losen Streichen teil und machte sich über seine arbeitenden Mitkranken lustig, bald war er mißmutig und verdrossen. Sein Schlaf war im allgemeinen schlecht.

In dieser Zeit schrieb er einen sehr ausführlichen Lebenslauf in fließender und stilistisch gewandter, wenn auch manchmal etwas phrasenhafter Darstellung. In diesem gibt er einen klaren, zusammenhängenden und auf Einzelheiten eingehenden Überblick über sein Vorleben und seine persönliche Eigenart mit einer gewissen richtigen Selbstkritik. Er schildert dabei seinen Hang zur Träumerei, spricht sich besonders ausführlich über seine angeblich von jeher vorhandenen homosexuellen Neigungen und seine weibliche Natur aus und geht auf die Konflikte ein, die durch den Widerspruch zu seiner männlichen Erscheinung entstanden. Im Gegensatz zu dieser sachlichen Erkenntnis und der klarbewußten Auffassung seiner eigenen Persönlichkeit stehen nun die aus der gleichen Zeit stammenden Briefe an den Arzt, dem gegenüber er sich zudringlich benahm, und den er immer allein sprechen wollte. Es heißt da (Jan. 01):

„Hierdurch teile ich Dir mit, daß ich sehr ungehalten über Dich bin. Ich habe Dir neulich einige Wünsche vorgetragen, doch hast Du


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mich nur mit Worten abgespeist. Ich sehe daraus, wie wenig ich Dir trauen darf, denn Du versprichst nur, um etwas aus mir herauszulocken und dann läßt Du mich links liegen. So hattest Du auch gesagt, Du würdest das tiefste Stillschweigen über das Geschriebene beobachten, und doch hast Du neulich hier ganz öffentlich darüber gesprochen. Ich glaube, Du willst nur Alles wissen, um es nachher an die große Glocke zu hängen. Ich werde einfach keine Zeile mehr schreiben.

Ebensowenig bist Du meinen Dir vor einiger Zeit vorgetragenen Wünschen entgegengekommen. Ich sagte, daß es sich für mich durchaus nicht schickt, in solch schlechten Sachen herumzulaufen, und doch habe ich heute noch keinen anderen Anzug; ich werde ihn jetzt einfach nicht mehr anziehen, bis ich einen neuen habe.

Mit dem Rasieren verhält es sich genau so. Der Oberpfleger dehnt die Rasierwoche immer auf 1—10 Tage aus, weil die meisten Leute garnicht rasiert werden wollen. Ich muß aber darunter leiden und muß mich von den Andern necken lassen.

Ich bitte deshalb, daß der Oberpfleger angewiesen wird, mich die Woche zweimal rasieren zu lassen. Ich werde überhaupt nichts mehr von Dir halten, wenn Du dies nicht abändern läßt, sondern annehmen, daß ich Dir ganz gleichgültig bin.

Ich habe Dich außerdem noch in Verdacht, daß Du es bist, der es hintertrieben, daß meine Schwester zum Besuch kommen sollte. Ich weiß, Ihr wollt mich hier lebendig begraben. Dann bringt mich lieber gleich ganz von der Welt. — Es ist das schon besser als zeitlebens eine Arbeitsmaschine im Zuchthaus zu sein.

Außerdem hätte ich noch eine Bitte. Bitte schenke mir doch mal ein paar Bonbon; ich esse sie zu gern. Oder aber noch lieber etwas Chocolade. Ich werde auch wieder recht fleißig schreiben, wenn ich sehe, daß Du nicht nur beabsichtigst, mich auszuhorchen, sondern Dein Interesse für mich ein tiefergehendes ist.

Ich würde Dir das Alles mündlich gesagt haben, doch ich kann Dir niemals böse sein, wenn Du zu mir kommst. Sonst hättest Du das letzte Buch schon nicht mehr bekommen,

In der Hoffnung, daß ich meine Bitte erfüllt sehen werde, verbleibe ich in treuer Liebe und Dankbarkeit

Dein

Miß Lieschen."

In einem weiteren vom Februar 1901:

„Also unverschämt" und „in meinen Ansprüchen immer ungemessener" und „darauf bedacht, etwas dabei herauszuschlagen".

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eine deutlichere Antwort auf den Schluß meiner schriftlichen Arbeiten hätte ich gar nicht bekommen können. Ich danke Dir dafür, ich weiß nun wenigstens, woran ich bin. Zugleich weiß ich doch nun, mit wem ich zu tun habe. Warum spielst Du nun noch den Tugendhaften. Der Mantel Deiner Ehrenhaftigkeit ist ja schon viel zu löcherig, als daß er noch Deine Falschheit und Schlechtigkeit bedecken könnte. Du solltest doch dann wenigstens aufrichtig sein. Warum sagst Du nun nicht offen: „Ich brauche Dich nun nicht mehr. Du bist für mich eine ausgepreßte Citrone, die man fortwirft. Der Mohr hat seine Schuldigkeit gethan. der Mohr kann gehen!" Warum sagst Du dies nicht ehrlich?! Warum sagst Du nicht, daß Du mit mir brechen willst, sondern greifst nach solchen erbärmlichen, indirekten Redensarten? Eben weil Du so falsch und erbärmlich bist, wie Ihr Männer alle seid! Schurken und Schufte seid ihr! Von Ehre ist bei Euch keine Spur! Nicht, daß ich Dir meine Geheimnisse anvertraut und mich damit machtlos in Deinen Händen befinde und Du mich gänzlich zu Grunde richten kannst, was ja auch Deine ursprüngliche Absicht war! Nicht dieses macht mich rasend, sondern daß ich mich trotz allen gemachten, trüben Erfahrungen doch wieder habe von einem Manne anführen lassen und daß ich solch falschem schlechtem Menschen, wie Du es bist, mein Innerstes rückhaltlos geoffenbart habe. Nun ist es nicht wieder ungeschehen zu machen. Spiele Dein Spiel mit mir ruhig aus und nachher wirf mich ruhig in die Ecke, ich werde es Dir nicht schwer machen. Ich danke Dir für die Lehre, die Du mir gegeben. Ich habe daraus ersehen, daß ich noch viel zu dumm bin und den Männern noch viel zu viel Gutes zugetraut. Ich weiß nun, daß man sich vor sogenannten Ehrenmännern noch mehr hüten soll, wie vor einem officiellen Schurken. Mit der Versicherung, daß ich Dich gründlich verachte und daß ich Dich hasse wie nur wenige Andre, zeichne ich mich

Miß Lieschen."

Im übrigen zeigte N. sich von Anfang 1901 an bereits in seinen Unterhaltungen „intelligent und sogar schlau". Er erzählte abends seinen Zellnachbaren, wie raffiniert er bei seinen Straftaten vorgegangen sei, wie er die Einbrüche in Männerkleidern ausgeführt und sich dann in Frauenkleidern habe sehen lassen, wie er bei seiner Verfolgung die Polizei an der Nase herumgeführt habe. Zugleich gab er ihnen Belehrung über die Ausführung von Diebstählen und von Mogeleien in der Strafanstalt, Äußerungen, die nach der Krankheitsgeschichte mit ihrer Verschmitztheit und ihrem Spott erstaunlich von seinem sonstigen Verhalten und seinem früheren blöden Wesen abstachen. Sein



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gebaren blieb jedoch auch jetzt noch kindisch, er duzte jeden, lächelte ständig, hielt die Hände hoch und spielte mit den Fingern, wenn er sich unterhielt; ging mit trippelnden Schritten. Auf pünktliches Rasieren und besseren Anzug hielt er sehr, seine Würde dürfe nicht leiden. „Lieschen darf keinen Bart haben, muß aber schöne Kleider haben." Seinen Freund K. begrüßte er wie einen Liebsten. Als er diesen einmal mit verbundener Hand sah (K. hatte sich eine Verletzung bei Zertrümmerung einer Fensterscheibe zugezogen) wurde er erregt und rief: „Den habe ich halb totgeschlagen". Er kniete dann vor ihm nieder, streichelte ihn im Gesicht herum, jammerte und weinte wie ein Kind und wurde schließlich ausfallend und drohend gegen das Aufsichtspersonal; bald fragte er aber wieder in seiner kindlichen Weise: „Aber bist du mir wieder gut?"

Über seinen Geisteszustand zu dieser Zeit heißt es in dem ärztlichen Bericht vom Februar 1901, nachdem auf die anfängliche Starrheit und allmähliche psychische Aufhellnug hingewiesen ist: „Jetzt ist sein Bewußtsein ganz frei. Er ist genau orientiert, beantwortet alle Verstandesfragen nicht nur richtig, sondern mit geradezu ungewöhnlicher Schärfe und Klarheit. Nur über seine eigene Person hat er wahnhafte Vorstellungen, er hält sich für ein gewissermaßen nur körperlich fehlerhaft gebildetes Mädchen und verlangt als solches behandelt zu werden. Nennt man ihn „N.", so wird er zornig, er heiße Miß Lieschen. Den Arzt nennt er stets ohne weiteres „du". Ganz unglücklich ist er, wenn er nicht mehrmals wöchentlich rasiert wird.

Dabei ist sein ganzes Auftreten, seine Sprechweise, seine Schrift sichtlich mädchenhaft. Als besonders bezeichnenden Zug erwähne ich, daß er sich vor mir, den er sich zum Vertrauten seiner Lebensschicksale gemacht hat, aus Scham zum Zwecke der ärztlichen Untersuchung nicht entblößen will. Nebenher ist in seinem Wesen zeitweise etwas Unstetes, eine ängstliche Unruhe, die ihn aus der sonst von ihm bevorzugten Einzelzelle heraustreibt und um stundenweise Verlegung in Gemeinschaft zu bitten veranlaßt."

Das gleiche halb kindische und halb mädchenhafte Verhalten behielt er auch weiterhin bei. So zog er sich im März 1901 an einem Tage die Kleider nicht an, sondern machte sich aus den Bettstücken ein Kleidungsstück nach Frauenmanier zurecht und benahm sich dabei wie ein spielendes Kind: „Heute gefalle es ihm so besser". An seine Schwester schrieb er damals einen Brief, in welchem es u. a heißt: „Vergiß nicht, daß ich Deine einzige Schwester bin. Jawohl Schwester! Es mag auch Dir sonderbar erscheinen, daß ich mich für ein Mädchen halte; aber ich habe ein Recht dazu. Was wollen Äußerlichkeiten sagen, wenn die Seele, der Geist sich stark genug fühlen,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Kampf mit hergebrachten Anschauungen aufzunehmen. Ich weiß, man lacht über meine Behauptungen, doch das kann mich nicht irre machen. Die Oberflächlichkeit beurteilt ja immer nur den äußeren Schein. Ich darf mich ja auch nicht beklagen, habe ich doch wenigstens einen Menschen gefunden, welcher mich versteht, das ist unser Herr Sanitätsrat hier. Er ist der beste Mensch von der Welt und ich verehre ihn heiß. Ich habe zu ihm viel, nein unbedingtes Vertrauen und er ist es auch wert. Was über den Briefbogen steht [1]), gilt nicht für Dich und mich. Das ist nur für die Kerls hier im Hause. Ich bin aber Miß Lieschen und für die gilt das nicht. Ich habe hier eine hübsche Zelle für mich ganz allein. Ich habe eine schöne Aussicht nach der Straße und dem Bahnhof, da kann ich alle ein- und ausfahrende Züge beobachten und schicke immer fleißig Grüße an Dich mit. Sonst lese und schreibe ich oder arbeite. Mit den übrigen Leuten mag ich nichts zu tun haben, die sind zu roh für mich. Ich bin zu nervös, um den fortwährenden Lärm und das ewige Gezänk ertragen zu können, lieber bleibe ich allein. Ich mag so wie so keine Menschen sehen, und Fremde bringen mich immer gänzlich aus meinem ruhigen Gleichgewicht. Ich bin auch krank gewesen, aber Dank der gütigen Fürsorge des Herrn Sanitätsrats bin ich nun wieder gesund, nur meine Nerven sind nicht in Ordnung. Ich bin und bleibe in Liebe

Deine Schwester

Miß Lieschen.“

Im Anschluß daran richtete er ein besonders charakteristisches Schriftstück an den Anstaltsarzt:

„In Erwiderung auf meine Anfrage bezüglich des Briefes an meine Schwester gaben Sie mir zur Antwort, daß derselbe sich nicht zum Abschicken eigne, weil Ihrer Ansicht nach einige Punkte in demselben anstößig resp. unzulässig seien. Offenbar meinen Sie damit die Stellen, wo ich meiner Schwester meine weibliche Natur klarzulegen suche. Ich habe es für nötig gefunden, meiner Schwester diese Erklärungen zu geben und bin auch durchaus nicht willens, sie zurück zu ziehen. Ich wundere mich eigentlich darüber, daß Sie dies anstößig finden, nachdem Sie mir doch selbst zugestanden, daß Ihnen die Möglichkeit der Tatsache auf Grund meiner Ihnen überreichten, schriftlichen Auseinandersetzungen einleuchtet. Daß ich nun eine Tatsache, die mir so nahe am Herzen liegt, ja die mein ganzes Denken und Fühlen beherrscht in einem Briefe an meiner Schwester Ausdruck gebe, liegt doch wohl nahe genug; das Nichtgeschehen wäre eigentlich viel auffallender. — —

[1]) Den Verkehr mit Gefangenen betreffend. Verf.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Herr Sanitätsrat! Durch Ihre Handlungsweise gegen meine Person haben Sie mich sehr zu Dank verpflichtet, und wenn ich auch schon mehrere Male Gelegenheit genommen, Ihnen meinen Dank in Worten auszudrücken, so sind diese Worte doch viel zu schwach gewesen, um das auszudrücken, was ich fühlte. Aber gerade, weil ich mich Ihnen so verpflichtet fühle, tut es mir um so weher, immer wieder sehen zu müssen, daß Sie keine Gelegenheit vorübergehen lassen, um mich mit Redensarten zu verletzen, von denen Sie wohl wissen, daß ich sie nicht hören mag. Wie oft soll ich Ihnen nur wiederholen, daß ich „Miß Lieschen" bin und so angeredet zu werden wünsche. Sie frugen mich neulich ob ich die Idee(!) durchzusetzen gedenke! Jawohl! Das denke ich! Nichts soll mich davon abbringen und wenn ich darüber zu Grunde gehen soll, ich will sie durchsetzen, denn es ist mein Recht, mein angeborenes Recht! und kein Mensch soll mich vom Gegenteil überzeugen, auch Sie nicht, obgleich ich Sie so heiß verehre. Ich bitte Sie, lassen Sie doch den Versuch fallen, mich vom Gegenteil zu überzeugen. Ich will nicht überzeugt sein. Denn was könnte mir die Überzeugung nützen? Sie würde mich nur noch unglücklicher machen; denn sie würde mir meine Zufriedenheit, sie würde mir Alles rauben, was mir lieb und wert ist. Warum müssen Sie mir immer die einzige Freude, welche ich habe, Ihren Besuch, durch diese Bemerkungen verbittern? Ich sehe Sie immer mit einem Gemisch von Ärger und Freude kommen. Freude, weil ich Sie in meiner Nähe habe, und Ärger, weil ich schon immer im Voraus weiß, was Sie wieder sagen werden. Haben Sie doch nur Erbarmen mit mir und lassen mir mein stilles Glück, Sie ohne bittere Beimischung lieben zu dürfen. Jawohl ich liebe Sie! Was geht es Ihnen denn auch an, daß ich Sie liebe. Ich will nichts von Ihnen, ich will Sie nur lieben dürfen und Sie sollen mir den Trost nicht verbittern. Erbarmen, weiter flehe ich nichts, sollen Sie mit mir haben. Ich verbleibe in inniger Liebe und Dankbarkeit

Ihre ergebenste

Miß Lieschen.

Wie N. selbst damals über seinen Geisteszustand und die Strafverbüßung dachte, darüber gibt ein Schreiben an den Arzt vom April 1901 Aufschluß:

„Ich glaube mit Recht annehmen zu dürfen, daß Sie die Absicht haben, mich in nächster Zeit in die Strafanstalt zurück zu bringen. Die Gründe, welche Sie dazu bestimmen, werden wohl hinreichend sein, Ihr Vorhaben zu rechtfertigen. Glauben Sie, daß ich fähig bin, in die Straf-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anstalt zurückzukehren, dann muß ich mich eben mit diesem Bescheide begnügen. Ich muß Ihnen jedoch bekennen, daß ich selbst stark daran zweifle, ob ich wirklich moralische Kraft genug dazu besitze, einer solchen Zukunft auf lange Jahre hinaus ruhig entgegenzusehen. Das, was ich Ihnen schon früher in dieser Hinsicht gesagt, halte ich auch jetzt noch aufrecht. Wenn Sie befehlen, werde ich ohne Weiteres gehorchen, meine Gefühle für Sie lassen keinen Ungehorsam zu. Ihre persönliche Stellungnahme dazu kann mich nicht irre machen, um so weniger, da ich weiß, daß es nicht Ihre eigensten persönlichen Gefühle sind, welche im Vordergrunde stehen, sondern der Beamte auch bei Ihnen immer zuerst kommt. Auf eins möchte ich Sie aber doch aufmerksam machen, um Sie vor einem Irrtum zu bewahren. *Lassen Sie sich nicht durch meinen jetzigen ruhigen Zustand täuschen. Ich bin augenblicklich ruhig, weil ich mit meiner jetzigen Lage zufrieden bin. Ich muß Ihnen offen erklären, daß es nur die Nähe Ihrer Person und Ihre Stellungnahme zu mir ist, welche diese künstliche Ruhe schafft.* Würde dieser augenblickliche Zustand verändert, dann würde damit auch zugleich die Grundlage meiner jetzigen ruhigen Zufriedenheit zerstört werden. Es ist der *Wunsch, den jetzigen Zustand möglichst lange unverändert zu sehen*, welcher mich gegen mich selbst ankämpfen läßt, und es ist nur die Neigung zu Ihnen, welche mir die Kraft zu diesem Kampfe gibt. Glauben Sie nicht, daß es leere Redensarten sind, welche ich hier niederschreibe. Ich habe mich in den letzten Wochen ernstlich daraufhin geprüft und muß leider bekennen. daß das Resultat ein sehr trauriges war.

Wie die Sachen augenblicklich stehen, sehe ich mich genötigt, Sie zu bitten, doch auch die Rechtsfrage in Betracht zu ziehen. *Ich kann mich unmöglich dabei beruhigen, daß man mir mitteilt, ich sei ja zu 10 Jahren verurteilt und solle dieselben nun verbüßen. Zunächst muß ich Ihnen offen gestehen, daß ich jedes Schuldbewußtsein ableugne. Ich fühle keine größere Schuld auf mir lasten, als sie alle Menschen tragen.* Kein Mensch hat ein Recht, mich zu verurteilen, denn Schuld gegen Schuld hebt sich. Die Menschheit ist gegen mich noch viel schuldiger geworden, als ich gegen sie, und deshalb soll mich kein Mensch verdammen. Dies um so weniger, da das, was ich tat, nicht mal meiner eigensten Natur entsprungen und der Ursprung mich ebenso fremd anmutet, wie die Tat selbst. Eins versichere ich Ihnen. Vor das öffentliche Forum der Menschheit bringen Sie mich nicht. Lieber tot, als immer wieder sehen zu müssen, daß der am irdisch selbst beschränkten Kreis anklebende Richter mich verdammt, mit Hintenansetzung alles persönlichen, individuellen Rechts meiner Person. Vergessen sie nicht, *ich habe*

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ein Recht dazu, zu fordern, daß nicht nur der officielle Strafgefangene „N." verdammt wird sondern auch der andere Teil meiner Doppelnatur, der weibliche „Miß Lieschen" gehört wird Die Natur hat eine große Schuld in meiner Person auf sich geladen, und kein Mensch soll verdammen wenn eben dadurch meine Person in eine schiefe Stellung zu bevorzugteren Geschöpfen kommt Dies ist mein Rechtsstandpunkt und ich werde denselben bis zum letzten Atemzuge verteidigen. In dieser Anschauungsweise mag es auch teilweise liegen, daß ich gänzlich gleichgültig zu der Tatsache stehe, daß ich 15 Jahre verbüßen soll. In der Tat, ich weiß, daß es nach menschlichem Ermessen eigentlich gar keine Aussicht gibt, davon loszukommen, und doch beunruhigt mich dies keinen Augenblick. Es ist nicht leichtsinnig, wenn ich dies niederschreibe, sondern das Ergebnis einer wochenlangen Selbstprüfung. Den Strafgefangenen „N." würde diese tragische Zukunft niederschmettern, denn er klebt am engbegrenzten Irdischen, „Miß Lieschen" aber ist erhaben über die Nichtigkeit dieses Lebens. Und deshalb darf ich mit vollem Recht darüber lachen, wenn man mich 15 Jahre in's Zuchthaus steckt. Kann ich nicht jeden Augenblick sterben? Habe ich doch das Mittel in der Hand um mich frei zu machen von den Schranken, welche menschlicher Unverstand und Kurzsichtigkeit gezogen haben.

Ich glaube Ihnen nun hinreichend klar gelegt zu haben, warum ich ruhig und zufrieden bin. So lange der augenblickliche Zustand dauert, bin ich vor Alle dem, was ich fürchte, sicher. Ich fühle mich wohl, weil Sie meiner Natur Verständniß entgegengebracht und derselben Gerechtigkeit haben wiederfahren lassen. Dieses Verständnis, welches Sie mir entgegen bringen, hebt und veredelt mein Empfinden und Denken. Nur die Furcht, es könnte anders werden, kann mich aus meiner Ruhe und Zufriedenheit stören, und deshalb bitte ich Sie, mich mit Äußerungen zu verschonen, die absichtlich oder unabsichtlich irgend welchen Angriff oder Androhung dieser idealen Güter enthalten.

Leider muß ich immer wieder sehen, daß Sie nicht gesonnen sind, den Kampf mit „Miß Lieschen" aufzugeben. Bitte, bitte, lassen Sie mich damit in Ruhe. Ich kann nicht anders. Sie haben mich gezwungen, Ihnen daß offene Bekenntnis meiner doppelten Natur abzulegen, und nun müssen Sie dieselbe auch anerkennen. Ich kann nichts mehr zurücknehmen. Wollen Sie mir den letzten Halt rauben, welcher mir noch die Kraft zum Weiterleben giebt! Können Sie denn garnicht begreifen was ich opfern soll, wenn ich Ihnen nachgebe? Es heißt für mich nicht mehr wie Alles aufgeben, was mich noch am Leben


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fesselt und ein Nachgeben heißt für mich ein Fertigsein mit dem Leben. Ich lege Ihnen das an's Herz und bitte Sie, bei Allem was Ihnen teuer ist, lassen Sie mir diesen letzten Schatz, selbst wenn er Ihnen nur ein Phantom sein sollte. Für mich ist es die Kraft zum Leben und die kurze Zeit, welche mir noch zum Leben bleibt, will ich mit diesen Gedanken ausfüllen.

Ich bitte Sie nochmals dringend, mir zu sagen, was Sie persönlich für eine Stellung in meiner Rechtssache zu nehmen gedenken. Davon, daß ich das offene Bekenntnis zurücknehme, kann nach dem Vorhergesagten, keine Rede sein, und jeder Zwang nach dieser Seite hin, würde nur die Katastrophe beschleunigen, da ich im Übrigen mit dem Leben abgeschlossen habe, weil es mir nichts Wünschenswertes bieten kann. In Erinnerung an Ihre mir vielfach bewiesene Güte, bleibe ich in treuer Liebe und Dankbarkeit

Ihre

Miß Lieschen.

In der Folgezeit war er dann wieder stärker verstimmt, stierte oft minutenlang vor sich hin und führte leise Selbstgespräche. Dabei klagte er über heftige Kopfschmerzen.

Im übrigen verbat er sich immer wieder „N“. genannt zu werden, er heiße „Lieschen“. Äußerlich habe er wohl Gestalt und Wesen eines Mannes, aber sein inneres Wesen, Trachten und Denken sei das eines Weibes. Redete man ihn beim richtigen Namen an, so schimpfte er: „Schurken, Spitzbuben, laßt mir meinen Namen, der mir gebührt!“, schlug auch auf einen Mitkranken deshalb wütend los. Der Name „N.“ sei ihm verhaßt. Als er auf einen solchen Anlaß hin einmal isoliert und die Essenszulage ihm gestrichen wurde, erklärte er, der Arzt habe ihn ausgenutzt und werfe ihn nun beiseite. Seinem Zellnachbar erzählte er außerdem, der Arzt sei nur deshalb so erbost auf ihn, weil er, N., ihn nicht des Abends zum Schlafengehen zugelassen habe. Aus Rache dafür habe er ihn nun isolieren lassen. — Was sein sonstiges Verhalten angeht, so führte er im Schlafsaal unter seinen Mitkranken das große Wort und zeigte sich dabei als erfahrener und gewiegter Verbrecher, der sogar anderen Belehrungen gab, während er umgekehrt in einer Beschwerde an den Direktor, mit der Unterschrift: „Ihre Miß Lieschen“, in pathetischen Worten über das rohe Verhalten der anderen sich aufhielt, durch die „alles Sittliche und Heilige durch den Schmutz gezogen“ werde. Zeitweise klagte er wie früher über heftige Kopfschmerzen, war mißgestimmt, nachts schlaflos. Er fragte auch, was eigentlich mit ihm werden solle, wollte dabei an die Strafe nicht erinnert sein, war aber darüber orientiert.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In dem August 1901 erstatteten ärztlichen Bericht wird ausgeführt:

„Die Besserung in N.s Befinden hat im letzten Halbjahr nicht in der erhofften Weise zugenommen. Insbesondere ist N. nicht dazu zu bringen gewesen, seine Ansprüche auf Benennung und Behandlung als weibliches Wesen aufzugeben. Nach wie vor zeigt er die feste Überzeugung, daß ihm unrecht geschieht, wenn er als Mann behandelt wird.

Es kommt dann zu Gemütsverstimmungen bei ihm, die sich gerade in den letzten sechs Monaten häufig nicht auf ein vorübergehendes Schmollen beschränkten, sondern in wochen- und selbst monatelanger tiefer Gedrücktheit mit starrem Brüten und gänzlicher Unzugänglichkeit kundgegeben haben. Auch sein körperliches Aussehen und sein Ernährungszustand leiden unter solchen Verstimmungen. Er ist mager geworden. Sein Haar ist fleckweise ergraut. Zu einer regelmäßigen Beschäftigung ist er nicht mehr zu bringen gewesen.

Danach erscheint die Befürchtung, daß es bei N. nun doch zur Ausbildung einer chronischen Verrücktheit kommt, recht naheliegend. Dennoch kann ich mich, solange die Hoffnung auf eine wesentliche Besserung nicht ganz ausgeschlossen ist, nicht entschließen, Aussetzung des Strafvollzuges zu beantragen. Zunächst zeigt N., wenn er wie in allerletzter Zeit wieder einmal freier ist, zwischen den schweren Erscheinungen eine solche Einsicht und Natürlichkeit, daß ich immer im Glauben war, die Wahnideen haften noch nicht tief und können, sobald erst einmal der krankhafte Affekt überwunden ist, schwinden.

Sodann aber ist N. ein durch seine ungewöhnliche Intelligenz und Gewandtheit außerordentlich gefährlicher Verbrecher, dem es eher, als es hier möglich ist, gelingen würde, aus einer öffentlichen Irrenanstalt, wenn nicht besondere Vorsichtsmaßregeln getroffen werden, zu entspringen und seinem jetzt noch krankhaft gesteigerten Haß gegen Staat und Gesellschaft durch neue Verbrechen Genüge zu tun.“

Auch weiterhin behielt N. zunächst noch das gleiche Verhalten bei. Erregt, wenn man ihn „N.“ nannte, den schrecklichen Namen möge er nicht hören, freute er sich umgekehrt wie ein Kind, wenn man ihn „Lieschen“ rief. Auf den Hinweis, er sei doch ein Mann, erklärte er, das Äußere bei ihm sei männlich, aber seine inneren Organe seien weiblich. Beim Arzt wähnte er in höherer Gunst zu stehen als seine Mitkranken, nahm sich daher mancherlei heraus, hetzte auch gegen das Personal und chikanierte es. Als er einmal auf den Kalfaktor losschlug, beschwerte er sich nachher, er sei mißhandelt worden. Ende September war insofern schon eine Besserung nachweisbar, als er sich ruhig „N.“ nennen ließ, sich sogar so unterschrieb und selbst zugab, so zu heißen. Warum er früher „Lieschen“ genannt sein wollte, darüber gab er keine Auskunft. Damals verfaßte er übrigens einen Roman „Amor als Mädchen“, den



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er zu veröffentlichen gedachte. — Auch in dieser Zeit litt er oft an Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, wo er nachts mit einer Decke, die er wie einen Frauenrock umgehangen hatte, in der Zelle auf und ab ging und Selbstgespräche führte. Bei einem Besuch der Schwester war er ängstlich und zurückhaltend. Als seine Strafzeit zur Sprache kam, lief er erregt hinaus, erklärte, ihn überkomme zeitweise die Verzweiflung, er würde ja gern nach der Hauptanstalt gehen, aber er befürchte, er bekomme einen Rückfall. Später wieder stärker verstimmt, schimpfte er auf den Arzt, der in seinem Gutachten ihm unrecht getan, und zeigte im übrigen wechselndes Verhalten. Harmlos und freundlich dem Arzt und Aufsichtspersonal gegenüber, schimpfte und hetzte er, wenn er es mit Mitpatienten zu tun hatte.

Februar 1902 wurde er schließlich als strafvollzugsunfähig erachtet, In dem ärztlichen Überweisungsatteste heißt es: „Seit einigen Monaten hat N. das Beharren darauf, als Mädchen angeredet zu werden, aufgegeben, ohne übrigens in seinen Briefen und seinem ganzen Gebaren weniger weibisch geworden zu sein.

Ein neuer Grund zu fast andauernder Mißstimmung ist es jetzt für ihn, daß ich ihn bezüglich seiner letzten Straftaten nicht für unzurechnungsfähig erklärt habe. Die Art, wie sich diese an und für sich erklärliche Mißstimmung äußert, ist ausgesprochen krankhaft. So hat er z. B. auf Monate hinaus jeden mündlichen und schriftlichen Verkehr mit seiner Schwester, die er wirklich zärtlich liebt, und die ihn sehr verständig und freundlich behandelt, verweigert. Ebenso weist er oft durch Wochen jeden Zuspruch zurück, liegt im Bett und regt sich nicht oder starrt den ganzen Tag zum Fenster hinaus. Während solcher Perioden sieht er dann auch fahl und elend aus und geht körperlich zurück. Zwischendurch kommen kürzere Zeiten, in denen er ganz freundlich und heiter ist; aber es ist nie recht zu erkennen, wann die plötzlichen Stimmungsumschläge erfolgen. Das harmloseste Wort ruft plötzliche Gekränktheit und Gereiztheit hervor."

April 1902, nunmehr in die J.-A. D. aufgenommen, war N. zunächst ängstlich und unsicher, zitterte, sprach leise unter bebender Gesichtsmuskulatur und gezierter Sprache. Er sei ein Unglücklicher durch Geburt, er fühle sich als Weib. Er sei wohl sicher krank gewesen, daß er auf die Irrenabteilung gekommen sei, es kam eine so große Lethargie über ihn, alles war ihm gleichgiltig. Bei der körperlichen Untersuchung legte er ein geziertes, schamhaftes Benehmen an den Tag. Körperlich bestand außer den erwähnten Degenerationszeichen eine Analgesie von Kopf, Hals und Oberarm, Zittern der Hände und Lidzittern bei Augenschluß. Störungen von seiten des Gesichtsfeldes, des Geruchs und Geschmacks waren nicht nachweisbar.

Sein Seelenleben legte er auf ärztliche Aufforderung selbst ausführlich schriftlich dar:


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Ich behaupte nicht auch körperlich ein Mädchen zu sein; wäre dies der Fall, dann würde ich wahrscheinlich nicht bis hierher gekommen sein, denn in solchem Falle wäre die Harmonie des äußeren und inneren Menschen nicht gestört und ich nicht in die Bahn eines ruhelosen und unstäten Lebens geschleudert worden. Es ist gerade der Gegensatz des psychologischen und physischen Menschen in meiner Person, welcher mich so unglücklich gemacht hat. Ich denke und empfinde als Weib, als Mädchen und bin dazu verdammt als Mann zu leben. Worin sich diese andere innere weibliche Natur bei mir betätigt? Darin, daß ich schon seit meiner frühesten Jugend keinen heißeren Wunsch und kein anderes Ideal hatte und kannte, wie als Mädchen leben, als solches wirken zu dürfen. Zum anderen darin, daß auch meine sinnlichen Neigungen seit dem Eintreten der Pubertät gänzlich conträr sexuell waren. Ich habe mich nie als Mann gefühlt. Ich kann den Mann lieben und als Ideal verehren, aber ich selbst wünschte, ich wäre kein Mann. Dagegen stehe ich in einem ganz anderen Verhältnis zu den Frauen; für diese empfinde ich nichts anderes als Freundschaft. Ich habe solche Freundschaften mit Mädchen gehabt, wo von einem geschlechtlichen Verkehr durchaus keine Rede war. Ganz anders war es dagegen in meinem Verhältnis zu vielen Männern. Mit diesen verband mich, wenn es auf Gegenseitigkeit beruhte, stets ein höheres ideales Band; das Band idealer Freundschaft, bei normalem Verhältnis, — wenn zwischen 2 Personen verschiedenen Geschlechts von einem solchen Bande die Rede ist, — Liebe genannt. Es ist jedoch nicht etwa in erster Linie die sinnliche Regung, welche mich zum Manne zieht, obgleich ich auch diesen Umstand anführen muß, schon weil sich hierin am deutlichsten auch äußerlich meine weibliche Natur zeigt, denn ich fühle und empfinde in solchem Umgang gänzlich als Weib. Diese Erscheinung tritt jedoch bei mir mehr in den Hintergrund, weil ich nur äußerst geringfügig sinnlich veranlagt bin; — sondern ich verehre im Manne ein Ideal meiner Seele — aber nur wo mir sowohl die äußere Erscheinung als auch — und dies vor allen Dingen, — der innere Mensch sympathisch ist. Ich würde keinem häßlichen Mann Sympathie entgegenbringen können, noch weniger aber einem schönen Manne, wenn derselbe ein schmutziger Charakter ist und ich denselben als einen solchen erkannt habe. Ich hasse alles Schmutzige und Gemeine, vor allem aber alles Brutale und Rohe, und gerade in diesem Punkte finde ich die stärkste Bestätigung einer mir innewohnenden weiblichen Natur. Nicht daß ich sagen will, der Mann ist und denkt roh, gemein und weniger zartfühlend als die Frau, nein; aber in der ganzen Art und wie sich diese Gefühle bei mir geltend machen, liegt etwas so — sage ich ruhig Exaltirtes, wie es doch wohl nur weiblichen Naturen eigen ist.

Ich hasse und verfolge Roheit und Gemeinheit, wo sie mir bei Männern aufstößt, — ich fühle mich auch da schon unsympathisch berührt, wo andere es noch garnicht als Roheit auffassen, sondern es als männliche


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rauheit betrachten, — während ebensolche rauhe weibliche Naturen, — ich meine wirkliche Weiber — mich unberührt lassen, ebenso wie weibliche Schönheit mich nur in sofern begeistern kann, als es mich wie alles Gute und Schöne zu jener Begeisterung mit fortreißt, welche der Zweck jeder idealen Kunst und alles Edlen wohl ist. Es giebt aber dennoch ein Gefühl in mir, welches mich eine solche Schönheit — als abstracter Begriff gedacht — mit anderen Augen betrachten läßt, als dies männliche Augen tun. Ich beneide solche Geschöpfe um diesen Besitz und wünschte selbst solcherart bevorzugt zu sein, um in glücklicher Harmonie meines äußeren und inneren Menschen leben zu dürfen.

ergebenst
N. N.

Im Gegensatz dazu unterschrieb er wieder im Juli 1902 mit „Miß Lieschen gen. N. N. Patient" eine Beschwerde, in der er sich über den Oberpfleger beklagte. Dieser habe ein Vorurteil gegen ihn, ja sei geradezu gewillt ihn zu verfolgen. Er bitte, man möge dahin wirken, daß dieser sein Benehmen ihm, N., einer sensitiven weiblichen Natur gegenüber ändere. — Auch später noch, als er sich, im September 1902, in einem Schreiben an die Direktion beklagte, daß man ihn verdächtige, seinen perversen Neigungen nachzugehen: in den 22 Monaten auf der I.-Abt. der Strafanstalt habe man ihm nie etwas derartiges nachsagen können — auch da unterzeichnete er:

Ihr dankbarer
alias N. N. in P: Miß Lieschen, Patient.

Aus der Folgezeit ist zu erwähnen, daß noch im Juli 1903 notiert ist, er höre sich „Miß Lieschen" gern nennen.

Sein scheues und gedrücktes Wesen legte sich übrigens in der Anstalt bald. Zeitweise war er gereizt und schlug dann los. An Patienten mit weiblichem Habitus machte er sich gern heran und stand im Verdacht homosexuelle Liebesverhältnisse anzuknüpfen.

August 1903 wurde er entmündigt. Im Gutachten wurde sein weibisches und geziertes Wesen hervorgehoben und von psychischen Besonderheiten angeführt: Er halte auch jetzt daran fest, daß er eigentlich nur ein mißgebildetes Weib sei, sein Wunsch gehe auch heute noch dahin, ein Mädchen zu sein. Er glaube ein Recht dazu zu haben, sich „Miß Lieschen" zu nennen, da er sich durchaus weibisch fühle und dies doch zum Ausdruck bringen könne. Der Name „Miß Lieschen" erweckt nach seinen Angaben in ihm angenehme Erinnerungen, auch wenn danach Strafen folgen, während sein richtiger Name N. ihn stets an die unglücklichen Verhältnisse erinnert, in die er


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geraten. Es sei ihm, als ob an diesen Namen überhaupt sich das Unglück hefte. — Im übrigen zeige er eine gewisse Neigung mit seinen früheren noblen Verhältnissen zu renommieren usw.

Erwähnenswert ist, daß er damals angab, an die Zeit, wo er verurteilt wurde, zum Teil sich nicht erinnern zu können, z. B. an den einen Termin, während er an anderes Erinnerung habe.

N. befindet sich seit 1902 ununterbrochen in der I.-A., z. Z. in Buch. Sein Wesen und Verhalten ist jetzt im großen und ganzen natürlich. Er beschäftigt sich mit Schreibarbeit und fällt nicht weiter auf. Zeitweise klagt er auch jetzt noch über heftigen Kopfschmerz.

Seine Idee von „Miß Lieschen" hat er längst aufgegeben, er spricht nur ungern davon, betont dann aber immer wieder, daß er seelisch eigentlich ein Weib sei.

Ein Gespräch über seine Strafangelegenheit und seine Zukunft sucht er möglichst zu vermeiden, da er sich nicht gern darüber Rechenschaft gebe. Strafe abmachen möchte er nicht und halte sich nicht dazu fähig. An die Zeit der Verurteilung will er sich auch jetzt nicht deutlich erinnern können, so weiß er angeblich von manchen Einzelheiten, dem zweiten Termin und dem anfänglichen Strafanstaltsaufenthalt, nichts. Überhaupt könne er sich an die ganze Zeit vor der Verurteilung, sowie an die folgende Zeit auf der I.-Abt. M. und die erste Zeit in der I.-A. D. weit schlechter erinnern, als z. B. an seine Jugend. Übrigens gibt er auffallenderweise auch sonst Daten aus seinem Vorleben nur unsicher an, er überlegt z. B. lange auf die Frage nach seinem Alter. Seine Intelligenz dagegen ist einwandfrei, sie steht vielleicht sogar über dem Durchschnitt.

Körperlich bestehen auch jetzt noch deutliche Sensibilitätsstörungen: Analgesie und Hypaesthesie am Kopf und Oberkörper.

Der durchsichtige Fall bedarf nur einer kurzen Erörterung.

Den Kernpunkt der Wahnpsychose, durch welchen der ganze Prozeß von vornherein in seiner klinischen Stellung bestimmt und von jedem paranoischen Vorgange weit abgerückt wird, bildet die nachweisbare abnorme Bewußtseinsverfassung.

Plötzlich und unvermittelt unter dem Anstoß affektiv erregender äußerer Faktoren (Verurteilung, Strafhaft) einsetzend, tritt sie am auffälligsten und ausgesprochensten in dem initialen ausgeprägten Stupor zutage, der mit deutlicher Orientierungsstörung („Mach auf, Paul, gib mir meine Sachen, ich will auf den Strich gehen und Geld verdienen.") einhergeht. Mit beginnender psychischer Aufhellung äußert sich dann die veränderte



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewußtseinslage in einem der sonstigen Persönlichkeit fremden Wesen, einem tagelang sich gleichbleibenden ratlos scheuen, kindlich-naiven und -spielerischen Verhalten (scheues Herumstehen, ängstliches Zurückweichen vor anderen, Duzen der Aufsichtsbeamten, ständiges Spiel mit Knöpfen: „mein Gold!" usw.). Spuren dieser abnormen psychischen Verfassung (pathologische Affektlage, zeitweise starres Brüten) sind schließlich auch noch in dem letzten und am längsten dauernden Stadium des Krankheitsprozesses nachweisbar. Diese letzte und zeitlich ausgedehnteste Phase, auf die es hier besonders ankommt, läßt nun keine groben Bewußtseinsstörungen mehr erkennen; sie imponiert vielmehr als paranoische Psychose, insofern der Wahn einer anders gearteten sexuellen Persönlichkeit, verbunden mit entsprechenden Äußerungen und Verhalten (im Sinne einer „Effeminatio"), ihren Hauptinhalt ausmacht. Immerhin weisen schon einzelne kleine Nebenzüge (z. B. die immer wieder vorgebrachte Behauptung, 15 Jahre Zuchthausstrafe zu haben, welche im Widerspruch zu der anfänglich richtigen Angabe von 10 Jahren steht) darauf hin, daß dieser Wahnkomplex des „Miß Lieschen" als eine bestehende Desorientiertheit in bezug auf die eigne sexuelle Persönlichkeit im Zustande abnormer Bewußtseinseinstellung aufzufassen und den sonstigen Orientierungsstörungen gleichzusetzen ist.

Demgemäß zeigen auch die wahnhaften Ideen keinen paranoischen Charakter. Ihr Realitätswert ist ein unzulänglicher und schwankender. Ebenso wie N. im Gegensatz zu seinem sonstigen scheu befangenen „blöden" Wesen sich den Mitgefangenen gegenüber als gewiegter Verbrecher zeigte, der die Sachlage überblickte (solange er jeden duze, müsse man ihn für geisteskrank halten; in die Hauptanstalt zurückgeschickt, werde er alles demolieren usw.), ebenso bewies er zu der gleichen Zeit, wo er seine weibliche Rolle als „Miß Lieschen" spielte und in dem Liebesverhältnis mit dem Anstaltsarzte aufging, ein ungewöhnlich klares Bewußtsein seiner Lage und psychologisches Verständnis für seine seelische Eigenart, seine „Doppelnatur", wie dies vor allem in seinem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

damals verfaßten, stilistisch glänzenden Lebenslauf hervortritt. Ja, er steht gewissermaßen über seinen wahnhaften Ideen, an die er andererseits doch glaubt, er ist sich ihres Widerspruchs mit der Wirklichkeit bewußt und sucht nun durch spitzfindige psychologische Erklärungen sozusagen den Berechtigungsnachweis für seine Überzeugung und sein Verhalten zu erbringen. („Es mag auch Dir sonderbar erscheinen, daß ich mich für ein Mädchen halte, aber ich habe ein Recht dazu. Was wollen Äußerlichkeiten sagen ... usw.") Schließlich übersieht dieser intellektuell ungewöhnlich hochstehende Mensch sogar ganz klar, welche Bedeutung dieser wahnhafte Ideenkomplex für sein seelisches Leben hat, daß er sich durch die Hingabe an ihn über eine triste Wirklichkeit hinwegtäuscht. („Sie fragten mich neulich, ob ich die Idee (sc. „Miß Lieschen") durchzusetzen gedenke. Jawohl, das denke ich. Ich will nicht überzeugt sein, denn was könnte mir die Überzeugung nützen. Sie würde mich nur noch unglücklicher machen, denn sie würde mir meine Zufriedenheit, sie würde mir alles rauben, was mir lieb und wert ist." — — — „So lange der augenblickliche Zustand dauert, bin ich vor allem was ich fürchte, sicher — — darum ruhig und zufrieden." — — „Leider muß ich immer wieder sehen, daß Sie nicht gesonnen sind, den Kampf mit „Miß Lieschen" aufzugeben. Können Sie denn gar nicht begreifen, was ich opfern soll wenn ich Ihnen nachgebe? Lassen Sie mir diesen letzten Schatz, selbst wenn er Ihnen nur ein Phantom sein sollte. Für mich ist er die Kraft zum Leben.") Damit wird schon von N. selbst auf den Charakter und die Entstehung seines Wahnes hingewiesen. Der lustbetonte „Miß Lieschen"-Komplex wird gegenüber dem unlustvollen der wirklichen Persönlichkeit bevorzugt. („Den Strafgefangenen N. würde diese tragische Zukunft niederschmettern, Miß Lieschen aber ist erhaben über die Nichtigkeiten des Lebens.") Vermöge einer eigentümlichen Selbstbeeinflußbarkeit, die an die gesteigerte Suggestibilität und Autosuggestibilität der dieser abnormen Bewußtseinsverfassung ungemein nahestehenden hysterischen Dämmerzustände erinnert, realisieren sich diese lustbetonten Ideen leicht im Bewußtsein, ohne freilich die tiefe Überzeugungskraft und den starken Realitätswert paranoischer zu erlangen. Im Gegensatz zu dieser Heraushebung der Wunschideen und ihrer Realisie-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rung zu wahnhaften Einbildungen wird der unlustvolle Vorstellungskomplex des Sträflings N. samt allem, was mit diesem wirklichen Ich zusammenhängt, durch einen analogen Mechanismus autosuggestiv im Bewußtsein unterdrückt. — Ein Faktor ist hier übrigens weniger als sonst in diesem Sinne beeinflußt, nämlich der Strafkomplex. Während in anderen Fällen alles, was auf die Strafsachen Bezug hat, als besonders unangenehmer Bewußtseinsbestandteil aus diesem ausgeschaltet und durch andere Inhalte ersetzt wird, bleibt er hier erhalten und erfährt nur eine Ablehnung in dem affektvollen Nicht-Wissenwollen, dem Nicht-daran-erinnert-sein-wollen.

Entsprechend dem Charakter des Hauptwahnkomplexes sind auch die einzelnen wahnhaften Episoden zu bewerten. Bei dem wahnhaften Liebesverhältnis mit dem Anstaltsarzte handelt es sich nicht sowohl um ein durch paranoische Eigenbeziehung und Umdeutung wirklicher Erlebnisse entstandenes und fortschreitendes paranoisches System, sondern lediglich um ein reizvolles Phantasiespiel im Sinne der eingebildeten weiblichen Persönlichkeit. Die aus Anlaß der erfolgten Isolierung frei erfundene Behauptung, der Arzt suche sich dadurch an ihm zu rächen, weil er (N.) ihn abends nicht zum Schlafengehen herangelassen habe, wirft ein besonderes Licht auf die Entstehung sexueller Falschbeschuldigungen bei Hysterischen. — Einzelne Beeinträchtigungsideen, man wolle ihn zugrunde richten u. dgl., dokumentieren sich ohne weiteres als flüchtige, aus Augenblicksaffekten hervorgegangene, wahnhafte Übertreibungen. Die Erklärung des N. endlich, er habe seinen Freund K. halb tot geschlagen, als er diesen mit einer beim Fensterzertrümmern erhaltenen Verletzung sah, erinnert wiederum an die verfälschten Deutungen der Wahrnehmungen im hysterischen Dämmerzustande.

Was nun die Entwicklung des Wahnkomplexes angeht, so steht dieser von Anfang an ziemlich fertig da; dabei erscheint sein Auftreten äußerlich wenigstens als ein „einfallsweises", insofern der Zusammenhang mit den bisherigen Vorstellungsreihen für den Beobachter zunächst nicht recht zu ersehen ist. Ein näheres Eingehen zeigt aber, daß es wohl nicht berechtigt ist, den Vorgang als pathologischen Einfall im Sinne *Bonhöffers*, d. h. als Auftreten einer unvermittelten oder wenigsten


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht bewußt vermittelten Vorstellungsreihe aufzufassen, denn es handelt sich doch um einen chon lange vorher im Bewußtsein völlig vorgebildeten und ihm anscheinend dauernd zugänglichen, ja vertrauten Inhalt; hat doch der „Lieschen“-Komplex in früherer Zeit sogar das ganze Verhalten und die Lebensführung des N. bestimmt, allerdings wohl ohne für real gehalten zu werden.

Zu besprechen bleibt noch das Verhalten der Erinnerung. Auch dieses deutet auf eine vorhergegangene Bewußtseinsstörung hin, insofern N. einen zweifellosen Erinnerungsdefekt aufweist. Sicher abgrenzen läßt sich derselbe allerdings nicht. Und es muß betont werden, daß die Gedächtnislücke sich nicht auf die Zeit der exquisiten Bewußtseinstrübung beschränkt, sondern über diese noch zurückgreift, so daß auch für die Zeit vorher nur verschwommene Erinnerung besteht, und manche Einzelheiten, z. B. die zweite Verhandlung in seiner Strafsache, ihm entschwunden sind. Es bleibe dahingestellt, ob diese Erscheinung auf eine schon vor der Hafterkrankung bestehende abnorme Bewußtseinsverfassung zurückzuführen ist[1]), — N. selbst hat wiederholt spontan hervorgehoben, daß ihn unter ungünstigen Verhältnissen ein „lethargischer“ Zustand befallen hätte, — oder ob es sich um eine retrograde Amnesie handelt, wie sie ja bei Dämmerzuständen vorkommt. Von einer einfachen Vortäuschung eines Erinnerungsausfalls kann jedenfalls sicher nicht die Rede sein. — Erwähnenswert in diesem Zusammenhange ist die auch jetzt noch bei N. nachweisbare Unsicherheit in seinen Angaben, wenn er Daten aus seinem Vorleben besonders in zeitlicher Hinsicht bestimmen soll. Sie darf vielleicht in Beziehung gesetzt werden zu jener allgemeinen Labilität der Vorstellungselemente, der mangelha ten Festigkeit ihrer Verknüpfungen und der leichten Dissoziierbarkeit der Vorstellungskomplexe, welche es erklären, daß der bestehende Persönlichkeitskomplex im Bewußtsein so leicht

[1]) Über die hier in Frage kommende Zeit äußerte er sich in einem Briefe, wie folgt: „Die Nachricht von ihrem Tode (sc. der Mutter) muß mich um diese Zeit erreicht haben, denn ich kann mich dunkel erinnern, daß sie nun das einzig klare Gefühl in mir war in der kurzen Zeit, wo ich auf freiem Fuß war. Es ist mir unmöglich, mich klar auf diese Zeit zu besinnen. Bis zu der B.er Angelegenheit (Einbruchsaffäre) ist es mir noch möglich zurückzudenken, aber dann geht alles bunt durcheinander, und nur einzelne Punkte und Personen sind mir aus dieser Zeit erinnerlich, aber nichts Zusammenhängendes“.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgespalten, zurückgedrängt und durch einen anderen, erfundenen ersetzt werden kann.

Nach alledem wird man unter Berücksichtigung der dauernd bestehenden Sensibilitätsstörungen es für berechtigt halten, diese Wahnpsychose in die allernächste Nähe der protrahierten hysterischen Dämmerzustände zu bringen und diese selbst demgemäß in allerengste Beziehung zu den degenerativen Wahnbildungen zu setzen.

Auf die naheliegende Frage nach der Entstehung der homosexuellen Neigung will ich nicht weiter eingehen. Es erscheint mir jedenfalls weniger wahrscheinlich, daß diese — wie N. selbst immer betont — angeboren, als daß sie vielmehr in jugendlichem Alter unter dem Einflusse entsprechender äußerer Einwirkungen (Prostitutions-Milieu usw.) erworben ist. Dabei mag speziell die degenerative Anlage mit ihrer abnormen Zugänglichkeit für äußere Einflüsse und ihrer hochgradigen Bestimmbarkeit durch diese es ermöglicht haben, daß die beim Normalen von Zufälligkeiten des äußeren Geschehens ziemlich unabhängige sexuelle Triebrichtung in abnorme Bahnen gelenkt und in diesen festgelegt wurde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Komplizierte akute und chronische Alkoholhalluzinosen.[1])

Von

Dr. F. Chotzen.

Die neueren Arbeiten über chronische Alkoholpsychosen (*Näcke*[7], *E. Meyer*[6], *Schröder*[8], *Chotzen*[2], *Goldstein*[4]) haben wohl ergeben, daß chronische Psychosen au dem Boden des chronischen Alkoholismus vorkommen, daß aber Fälle, welche wirklich als chronische Verlaufsformen der typischen akuten Alkoholhalluzinosis aufgefaßt werden können, zu den größten Seltenheiten gehören. Die meisten der vielen als chronische Alkoholpsycho en veröffentlichten Fälle weichen bald oder später von dem Symptomenbild der typischen Psychosen mehr oder weniger ab. Ob für solche überhaupt in dem Alkohol die Ursache gesehen werden darf, darüber herrscht noch keine Einigkeit. *Bonhöffer*[1] zweifelt an der alkoholistischen Natur chronischer Psychosen, und wenn im akuten Stadium atypische Symptome, etwa Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, oder hypochondrische Sensationen auftreten, so sieht er darin ein Anzeichen, daß die Psychose keine r e i n alkoholistische, sondern von vornherein eine andersartige gewesen ist. *Goldstein*[4] dagegen glaubt diese Symptome, wenn sie auch selten Anzeichen einer üblen Prognose sind, als alkoholistische anerkennen zu müssen, weil auch akute Fälle mit solchen Symptomen wie die alkoholistischen Psychosen verlaufen und heilen. Wenn aber gerade die Fälle mit atypischen Symptomen im Gegensatz zu den typischen Alkoholpsychosen zu chronischem Verlauf neigen, so könnte das fürs erste nur die *Bonhöffer*sche Auffassung stützen, daß hier Kombinationen vorliegen. Als solche hat *Schröder*[8] schon die mit den degenerativen Zuständen und der Arteriosklerose benannt.

[1]) Aus der städtischen Irrenanstalt Breslau, Primärarzt Dr. Hahn.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es kann natürlich auch eine Dementia präcox bei komplizierendem Alkoholismus für eine Alkoholpsychose gehalten werden, und vielleicht bietet gerade die einfache hebephrenische Verblödung, die Dementia simplex, die sich bei Landstreichern ja häufig mit dem Alkoholismus trifft, den Boden für atypische Psychosen. Das Gleiche kann bei den übrigen bisher noch nicht genügend differenzierten Wahnbildungen der Fall sein. Ohne Zweifel also ist es bei der Undurchsichtigkeit ätiologischer Zusammenhänge und dem mannigfaltigen Vorkommen des Symptomenbildes der Halluzinosis recht unsicher, eine atypische und chronisch verlaufende Psychose auf den Alkohol zu beziehen.

Auf der anderen Seite aber sieht man doch auch aus typischen alkoholistischen Bildern sich chronische Verlaufsformen entwickeln; insbesondere nach mehrfachen Alkoholpsychosen treten solche auf: Fälle, die, wenn sie in dem chronischen Verlauf auch nicht mehr die typisch alkoholistischen Symptomenkomplexe beibehalten, doch frei sind von den motorischen Willens- und Affektstörungen der Dementia präcox und ein Bild der sogenannten halluzinatorischen Paranoia zeigen, das doch gewiß ein vieldeutiges ist, die aber insofern eben eigene Verlaufsformen darstellen, als sie ganz akut und ev. typisch entstanden sind. Ferner findet man gerade bei schwerem Alkoholismus sehr komplizierte, schwer zu deutende Krankheitsbilder mit den mannigfachsten Symptombildern und Verlaufsformen, die in dieser Form sonst nicht angetroffen werden. Es ist aber gerade der chronische Alkoholismus, wie ich schon an anderer Stelle[2] auseinandergesetzt habe, der Boden für komplizierte Krankheitsbilder, da er in der mannigfaltigsten Weise den Körper angreift und an den verschiedensten Organen gleichzeitig und dem gesamten Stoffwechsel seine Störungen setzt. Neben der spezifischen Intoxikation der Körpersäfte entstehen Organveränderungen, damit wieder sekundäre Stoffwechselveränderungen, schwere Ernährungsstörungen, Kachexie und Senium präcox. Unter den Organdegenerationen sind noch besonders die Schädigungen der Gefäße, speziell die Arteriosklerose, zu erwähnen, die auch bei der Schädigung des Gehirns selbst einen wichtigen Faktor bilden. Da alle diese Veränderungen Ursachen für geistige Störungen abgeben können und sich in schweren Fällen von Alkoholismus vielfach vereinigen, so sind komplizierte Krankheitsbilder nur zu erwarten. An einem größeren Krankenmaterial habe ich nachzuweisen versucht, daß


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

die mannigfaltigen ganz atypischen Psychosen, welche man bei schweren Alkoholisten findet, aus solchen Komplikationen zu erklären sind, und welche etwa in Betracht kommen können. Für diese Auffassung spricht, daß diese eigenartigen Formen meist in Verbindung mit schweren polyneuritischen Erkrankungen und mehr oder weniger modifizierter Korsakowscher Psychose auftreten, bei welchen ja anerkanntermaßen mit der schweren Vergiftung Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen und Gefäßdegenerationen konkurrieren.

Findet man also bei den chronischen Alkoholisten atypische Krankheitsbilder, so kann man nicht ohne weiteres sagen, daß die Psychose nicht durch den Alkohol verursacht sei; Modifikationen in Symptomen und Verlauf beweisen nicht unbedingt, daß das Krankheitsbild ursprünglich nicht eine Alkoholpsychose in dem üblichen ätiologischen Sinne war. Insoweit kann ich *Goldstein* beistimmen. Denn die Abänderung kann auf einer Komplikation beruhen, die ihrerseits ebenfalls im Alkoholismus ihre Ursache hat.

Aber da sie dann doch nicht einer und derselben Schädigung zugeschrieben werden kann, sondern wahrscheinlich aus einer weiteren anderen Wirkung des Alkoholismus stammt, so stellt sie doch eben eine Komplikation der symptomatologisch einheitlichen typischen Bilder dar, und die atypischen dürfen mit ihnen nicht zusammengeworfen werden. Es kommt also bei den atypischen Symptomen darauf an, welcher Art sie sind? Wenn sich aus dem gesamten klinischen Habitus ihre Abhängigkeit vom Alkohol annehmen läßt, dann muß man die Psychose auch als eine alkoholistische, wenn auch komplizierte, ansehen. Die Annahme wird man gerade bei degenerativen Symptomen oft machen können, denn eine endogene degenerative Anlage wird ja nicht selten erst durch den Alkohol zu Leben und Wirksamkeit erweckt. Und ebenso wird sich ein direkter Zusammenhang für die Arteriosklerose ergeben, da man doch als eine ganz gewöhnliche und fast regelmäßige Folgeerscheinung des chronischen Alkoholismus ein Senium präcox und Arteriosklerose findet. Für den chronischen Verlauf alkoholistischer Halluzinosen scheinen mir diese, also indirekt durch sie doch der Alkohol selbst, nicht selten den Boden zu bereiten. Denn erstens kommen solche Verlaufsformen gerade im höheren Alter vor, dann treten sie bei Alkoholisten gewöhnlich erst nach wiederholten Erkrankungen ein, und schließlich weist das gesamte klinische Bild in solchen Fällen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darauf hin. Das Vorkommen solcher chronischer Verlaufsformen nach mehreren akuten wird übrigens noch von mancher Seite bezweifelt, drum sei ein solcher Fall hier mitgeteilt:

Paul Fr., Bürstenmacher, geb. 18. Oktober 1859.

Vater soll Trinker und sehr gewalttätig gewesen sein. Sonst Familienanamnese o. B. Insbesondere keine Krämpfe in der Familie. Patient soll früher nie krank gewesen sein. Er selbst gibt an, mit 9 Jahren „schwere Gehirnentzündung" durchgemacht zu haben. Von Krämpfen, Schwindelanfällen, Ohnmachten ist der Frau nichts bekannt. Vorleben bietet sonst keine Besonderheiten. War ein fleißiger und tüchtiger Arbeiter, trank aber viel, für 50 und 60, selbst bis 80 Pfennig Schnaps täglich. Vor 5 Jahren Unterschenkelbruch.

Erste Aufnahme hier 7. Dezember 1900. Soll schon 14 Tage vorher akut erkrankt sein, nachdem bis dahin nie etwas von Geistesstörung an ihm bemerkt worden war. Wurde unruhig, lief umher, hatte nirgends Ruhe. Die letzten 2 Nächte zuhause ohne Schlaf, fortwährend unruhig, kletterte an der Wand in die Höhe, um „die Biester zu fangen" usw.

In der Anstalt nur leicht delirant, sah Drähte an der Decke u. a., ist ungenau orientiert. Starke Facies alcoholica; starker Tremor der Zunge und Hände. Gibt an, die Frau treibe sich seit einiger Zeit herum, führe ein unsittliches Leben; er habe das von ihm fremden Leuten gehört, mit sämtlichen Bierkutschern einer hiesigen Brauerei soll sie sich abgegeben haben. Schon die erste Nacht mit Schlafmittel geschlafen. Am nächsten Tag frei, klar und orientiert. Gleich einsichtig, habe die „Mändel" gehabt. Erzählt von vielen Stimmen und sehr vielen Bildern; nach seiner Erzählung Mischzustand zwischen Halluzinosis und Delirium. Bleibt geordnet und frei. Die Eifersuchtideen gegen die Frau ließ er fallen, schrieb zärtlich an sie. 14. Dezember geheilt entlassen.

Nach der Entlassung erhielt er eine Entschädigungssumme von 703 M. wegen seines Beinbruchs von der Stadt ausgezahlt. Vertrank das ganze Geld, sorgte schlecht für die Familie. Wurde sehr grob und unflätig gegen die Frau. Die Eifersuchtideen traten wieder hervor; beschuldigte die Frau der ungeheuerlichsten Schweinereien, der Unzucht mit dem eigenen Sohn, beschimpfte sie vor den Kindern in gemeinster Weise.

Seit 11. Mai 1901 wieder unruhig, dauernd erregt, am 15. nachts delirant, sah Männer im Zimmer, sie wären bei Frau und Tochter, suchte bei der 10jährigen Tochter nach Blutspuren im Hemd.

17. Mai aufgenommen. Erst ganz orientiert und klar, gereizt, schimpfte, bestritt die Angaben der Frau, äußerte die Eifersuchtideen. Die nächste Nacht wird er delirant, bleibt es zwei Tage, am 20. Mai nach Schlaf ruhig, klar und einsichtig für das Delir., nicht aber für seine Exzesse und die Eifersuchtideen. Bleibt in der Anstalt ganz geordnet. Am 4. Juni auf Wunsch der Frau entlassen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

17. Januar 1902 wieder aufgenommen. Nach Angabe der Frau wäre das der siebente Anfall von Erkrankung. Die Anfälle kommen, so auch die späteren immer nach Erkrankung an Erbrechen und Durchfall, dem gewöhnlich noch stärkerer Trunk vorangegangen. Während der Erkrankung brechen dann die Stimmen aus. Sie gehen nach Ablauf der Erkrankung ganz vorüber, nur die Eifersuchtideen bleiben bestehen. Er äußert sich aber völlig einsichtig, erklärt der Frau, es wäre schrecklich, in was für einem Seelenzustand er dabei sei, er wäre glücklich, daß es wieder vorüber sei. Gönne des seinem schlimmsten Feinde nicht. Hat die besten Vorsätze, sich zu halten, bittet der Frau ab, wenn er sie gekränkt habe, sie sollte es ihm nicht übel nehmen. War dann, solange er frei von Stimmen war, ganz ordentlich. Das dauerte mitunter ½ Jahr. Sie lebten „wie die Kinder". Das Trinken konnte er aber nicht lassen, und die Eifersuchtideen kehrten immer wieder. Verdächtigte die Frau mit allen und jedem, wollte sie unter Sittenkontrolle bringen. Denunzierte sie bei der Polizei, daß sie mit ihrem Sohne Unzucht treibe usw. War selbst sehr sexuell und verlangte perverse Dinge von der Frau. Wollte die Tochter eines nebenan wohnenden Brauereibesitzers heiraten und seine Frau als Dienstmädchen annehmen.

Die letzten Tage wieder große Angst. Stand mehrere Stunden mit der Spalteklinge an der Tür, fürchtete, es könnten Mörder und Schutzleute hereinkommen. Als dann der Sohn die Tür öffnete, um fortzugehen, verkroch er sich unter das Bett und stülpte einen Blechkessel über seinen Kopf.

In der Anstalt völlig orientiert. Ganz von Gehörstäuschungen eingenommen. Angst. Bittet ängstlich um Schlafmittel. Erzählt eine Menge halluzinierter Geschichten, von einem Termin, den er wegen der Frau gehabt usw. Hört hier die Frau schreien, hört, daß sie unterleibskrank sei; müsse nachhause, man habe die Möbel auf den Hof geworfen, das Kind sei auf die Straße gesetzt, er höre es fortwährend schreien, es müsse schwer verletzt sein. Drängt deshalb fort. Schläft schlecht. Sonst wenig mitteilsam über den Inhalt der Stimmen. Anfang Februar wird er freier, schläft besser. Gibt an, von dem Treiben der Frau immer durch das Gerede und das fortwährende Getuschel der Nachbarn gehört zu haben. Zuerst soll sie sich vor 3 Jahren in seiner Abwesenheit mit dem Hauswirt eingelassen haben, später wurde es immer schlimmer, und er habe schließlich einschreiten müssen, denn die Leute riefen schon: „Der Mann ist ja schlimmer als die Frau, wenn er das nicht anzeigt". Jetzt gehe es ihr schlecht, sie sei im Krankenhaus, der Hauswirt habe ihr einen Stock in den Unterleib gestoßen und sie schwer verletzt. Der Sohn aber sei verhaftet. Habe das hier gehört, von den Leuten seiner Nachbarschaft. Bei Erwähnung dieser Dinge wird er noch sehr erregt. Wurde einmal nachts auch wieder sehr ängstlich, suchte sich mit einem Stuhle gegen Verfolger zu verteidigen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitte Februar aber ist er seiner Angabe nach ganz frei, hält sich auch ganz geordnet, macht einen freien Eindruck, schläft und ißt gut. Spricht sich verwundert über seine Erlebnisse aus. Gegen Arzt und Anstalt voller Vertrauen und zufrieden. Entwickelt eine vollkommene Einsicht. Meint, die Stimmen wären so täuschend gewesen, daß er sich ihrem Einfluß nicht entziehen konnte, was sie auch sagten. Inhalt war hauptsächlich bedrohend und beschimpfend, er sollte massakriert, geschunden werden usw. Bezog es auf andere Kranke und Pfleger. Daneben gingen die fortwährenden Beschimpfungen gegen die Frau und Gespräche über die Angehörigen und Vorgänge draußen. Habe häufig große Angst gehabt. Verspricht nun sicher das Trinken zu lassen, von dessen Schädlichkeit er sich überzeugt zeigt. Schreibt sehr verständige, liebevolle Briefe an die Frau in angemessenem Tone. 11. April entlassen.

Blieb nun über 2 Jahre frei, bis auf die Eifersucht. Auch mit Trinken konnte er sich nicht halten; aber ohne psychotische Erscheinungen. Wurde jedoch stumpfer, gleichgültiger. Am 4. September 1904 fühlte er sich unwohl, am anderen Tag Erbrechen und Diarrhöe. Kein Schlaf, hörte wieder Stimmen, sah Männer, lief nachts mit Streichhölzern suchend auf Boden und Keller umher.

8. September aufgenommen. Wieder in starkem Affekt lebhaft halluzinierend. Körperlich stark reduziert. Träge Pupillenreaktion; Reflexe schwach. Unregelmäßige Herzaktion. Puls beschleunigt Leber vergrößert. Starke Acne rosacea. — Erzählt sehr lebhaft seine Erlebnisse zu Hause, teils halluzinanter, teils deliranter Art. Die Frau habe mehrere Herren in die Stube gelassen, einer fragte ihn aus, unsichtbar, von weitem, es hörte sich an, als ob er in der Küche stände. Abends ging der Spuk los, es waren Männer da, eingehüllt in Papiermasse, Schutzleute, Vögel usw. Wenn er nach einem gegriffen hätte, hätte es geheißen, er sei irrsinnig. Er kenne den Spuk, er habe die Augen zugemacht und getan, als ob er schliefe. Man drohte ihn zu erstechen, drei Kinder wurden geschlachtet, ihm wurde 60 mal das Bein abgehackt. Er wußte ja, morgens würde alles vorüber sein. Morgens hörte er dann leise sprechen, Kerle in der Küche, er schloß sie ein und wollte sie ausräuchern, da baten sie um Gnade. Also schenkte er ihnen das Leben. Eigentümliche Wortbildungen hörte er. Ein Vorsteher vom Regierungsbureau wurde: „Gütigster Zirkenär" angeredet. Er, F., sollte als „Suprenar" angestellt werden. Es wurden Gutachten über ihn vorgelesen, er hörte, es sei gut, er passe ihnen. Man las ihm vor, daß sich Hochstehende für ihn interessierten, die Erbprinzessin habe ihm einen Zuschuß von 20 000 M. ausgesetzt, desgleichen der Magistrat 4000 M. Daneben ebenso ausgearbeitete Eifersuchtideen. Die Frau habe Unzucht mit Kindern getrieben, wollte mit seinem Bruder zusammen leben, er sollte vergiftet werden. Es sei über ihren Lebenswandel schon seit Jahren geredet worden, jetzt sind über 100 Zeugen ermittelt worden usw. Auch wieder wie vorher jetzt die Stimmen über


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mißhandlung der Angehörigen. Am ersten Abend hier noch leicht delirant, zieht Drähte usw. bei erhaltener Orientierung. Am andern Tage frei und klar. Erzählt, das ganze Bett wäre voll Drahtspitzen gewesen, Tauben flogen umher, Kinder stiegen zum Fenster ein und aus usw. Einsichtig. Es war nicht so schlimm, wie vor 2 Jahren. Bleibt angeblich von Stimmen frei, es ist auch objektiv nichts festzustellen. 21. September entlassen.

Fünfte Aufnahme 7. Mai bis 28. August 1905. Wieder überwiegend Halluzinationen des Gehörs, daneben auch Visionen, mit dem gleichen Inhalt wie vorher. Optische Halluzinationen besonders nachts auch nach Wochen noch. Verdrossene Miene, zurückhaltend in seinen Äußerungen. Bemerkenswert ist, daß er die beim vorigen Male geäußerten Größenvorstellungen als Unsinn ablehnt. Einige Male traten auch Gleichgewichtstäuschungen ein, glaubte, das Bett versinke. 7. Juni nach besonders verwirrendem Stimmenschwall plötzlich Aufhören der Stimmen. Schläft jetzt im Gegensatz zu früher gut, nicht mehr mißtrauisch und ängstlich, sondern ganz frei und unbefangen. Bleibt frei, arbeitet, geduldet sich zu bleiben, bis er zu Geschwistern gehen könne. 28. August entlassen.

War eine Zeitlang außerhalb in Stellung, kehrte am 4. Dezember zur Frau zurück. Arbeitete auch hier fleißig, begann aber bald wieder zu trinken. Ende Januar 1906 traten wieder Stimmen auf, diesmal viel Größenideen, rechnete mit Tausenden, der Kardinal werde ihn besuchen. Anfang Februar ängstlich, sollte wieder ermordet werden, delirierte, sah Männer im Zimmer. 3. Februar in die Anstalt. Orientiert, erzählte, er sei nun ein reicher Mann geworden, es habe sich herausgestellt, daß er der Graf L. sei. Er müsse nach Berlin fahren, der Kardinal sei gestern bei ihm gewesen, habe ihm Aufträge gegeben. Ganz Breslau und Ref. werden morgen staunen. Drängt fort. Mürrisch, abweisend. Halluziniert andauernd. Verliert auch die ersten Tage wieder die Orientierung und war eine Nachtlang delirant und auch später noch. Für die deliranten Erscheinungen immer am Tage danach Einsicht, nicht für die Halluzinationen. Hört Angehörige, Frau, Bruder, Vormund, den Kardinal usw. Die Bedrohungen auch auf die Umgebung, Ärzte und Pfleger bezogen; man halte ihn fest, um den Mördern zu helfen, stehe mit der Frau zusammen. 20. Februar. Seit 3 Tagen plötzlich frei und geordnet. Einsicht, hätte allerlei Unsinn geträumt, sich für einen reichen Grafen gehalten, viele Stimmen gehört usw. Bezieht es auf das Trinken. Habe erst in der letzten Zeit wieder angefangen. Gibt an, an die Größenideen die ganze Zeit, solange er Stimmen hörte, geglaubt zu haben. Bleibt auffallend reizbar, sonst geordnet. 7. März entlassen.

In der nächsten Zeit arbeitete er wieder, war aber auch häufig erregt. In der Arbeit nicht mehr so leistungsfähig wie früher, klagte viel über Müdigkeit. Im April 1907 wieder erkrankt. Aufgenommen 9. April 1907. Orientiert. Ablehnend gereizt. Von Stimmen in Anspruch genommen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

antwortet ihnen, murmelt vor sich hin. Massenhafte Phoneme. Frau, Staatsanwalt, Polizeipräsident seien bei dem hiesigen Oberarzt gewesen. Kaiser, Kronprinz, sein Bruder wären auch dagewesen beim Diner. Habe 6 Millionen erhalten. Man solle sich nicht unterstehen zu sagen, daß das Stimmen seien. Bringt bei Zweifel immer weitere Größenvorstellungen und wird gereizt und ablehnend. Er sei in einer ganzen Gesellschaft hergekommen. Spricht mit lauter Stimme zu seiner Frau, die wohne drüben. Fordert sie auf, auf die Fragen des Arztes zu antworten, die ihm lästig sind. Die Größenideen sind jetzt etwas abenteuerlich, er habe ein Telephon, das 20 000 M. koste. Bei Explorationsversuchen meist ablehnend, unterhält sich zwischendurch mit Stimmen: „Mein Sekretär sagt mir eben, zu Ihnen soll man nichts sagen, Sie verstehen ja doch nichts." Sonst von herablassender Höflichkeit. Nach einigen Tagen treten die Größenideen zurück. Pat. wird zugänglicher, gibt Phoneme zu, hört noch andauernd auf sie, spricht sich darüber nicht aus. Gegen Ende Mai verkehrt er zeitweise geordnet mit anderen Patienten, beschäftigt sich auch etwas, ist aber mitunter auch wieder ganz für sich. 15. Juni. Heute einmal ganz zugänglich. Höre noch viele Stimmen, manchmal ein Wirrwarr. Kenne sie z. T., andere haben sich selbst bezeichnet. Höre auch Fernsprecher. Der Inhalt wechsele, gehe ihn an. Beteilige sich auch selbst an den Gesprächen. Könne die Personen, die von ihm sprechen, auf weite Entfernungen hören. Die geäußerten Größenideen weist er zurück, leugnet sie ab. Gibt auch einige anamnestische Angaben. Habe nach der Entlassung hier (7. März 1906) gearbeitet bis zum 5. April 1907. Zu Hause keine Stimmen gehört. Habe ab und zu Krach mit der Frau gehabt. Habe vermutet, daß sie hinter dem Rücken allerlei Sachen mache. Die Stimmen hätten das jetzt bestätigt. Schon im März hätten die Stimmen vereinzelt angefangen. Starker Potus zugegeben. Z. T. projiziert er die Stimmen auf die Pfleger, glaubt gehänselt zu werden. Auf seine halluzinanten Erlebnisse eingeengt, aber noch ganz intelligent. — Später wieder ganz unzugänglich, abweisend, hält sich ganz für sich. Auf Fragen nur Schimpfereien und Drohungen. 1. August. Verdrossen und versonnen. Weicht den Ärzten aus. Sehr reizbar, zu Affektausbrüchen geneigt. Schimpft dann darüber, was nachts mit ihm angestellt werde. Man wisse das ja selbst. Leugnet auf direktes Befragen aber alles ab, er sei gesund; drängt fort. Eigentümlich ist, daß er genau um einen Monat vordatiert, läßt darin keinen Widerspruch zu. 3. August 1907 in die Pflegeanstalt [1]).

Anfangs Auskunft über die Stimmen im wesentlichen mit den obigen Mitteilungen übereinstimmend: Männer und Weiber durcheinander, von allen Seiten, Gemeinheiten, Schimpfereien. Höre auch hier dieselben Stimmen, erklärt es dadurch, daß die Personen als Kranke mit überführt

[1]) Für die Überlassung der Krankengeschichte sage ich auch an dieser Stelle Herrn Geheimrat Dr. *Alter*, Leubus, meinen ergebensten Dank.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden. Bald wird er auch dort ablehnend, verschlossen, gereizt. Andauernd paranoischer Affekt. Halluziniert viel, spricht auch nachts viel halblaut, so daß er störend wird. Mitunter sehr erregt und drohend. Schimpfte einmal über das Essen, daß es nicht besser werde. Über ein Panaritium, dessen Spuren er trägt, berichtet er, es habe ihm ein Pfleger hier nachts einen Einschnitt gemacht und etwas hineingesteckt, damit er um den Daumen komme. Fragte einmal, ob von oben her über ihn gefragt würde? Direkte Auskunft auf Fragen gibt er nicht. Noch heut unverändert. Erwähnt sind noch seine guten Kenntnisse, gute Intelligenz und Urteil.

Vom körperlichen Zustand jetzt: Mäßiger Ernährungszustand. Muskulatur schlaff. Leicht ergrautes Haar. Herztöne leise. Puls ziemlich klein, 150, Arteriae radial. etwas gespannt. Extremitäten kühl und leicht livide verfärbt. Lebervergrößerung.

Bei einem sehr starken Trinker, der bis dahin keinerlei psychische Anomalien gezeigt hatte, tritt also zuerst akut eine Psychose auf, die sich als Zwischenform zwischen Delir. und Halluzinosis darstellt; in der Anstalt kommt sie sofort zum Schwinden. Danach immer wieder Anfälle in Zwischenpausen von Monaten bis zu $2^1/_2$ Jahren und in der Dauer von einigen Tagen bis 4 Wochen. Leichtere verlaufen draußen. bei heftigeren Anfällen kommt Pat. in die Anstalt. Der nächste ist ein reineres Delirium, die späteren entsprechen im wesentlichen dem Bilde der akuten Alkoholhalluzinosis mit mehr oder weniger starker deliranter Beimengung; gelegentlich auch wieder mit überwiegend deliranten Erscheinungen. Gewöhnlich treten solche kurz nach der Aufnahme die ersten Tage mehr hervor, kommen aber in den späteren Anfällen besonders nachts noch längere Zeit und nach längerem Aufenthalt noch episodisch vor. Sonst bestehen ausschließlich Gehörstäuschungen bedrohenden und beschimpfenden Charakters, ausgehend von der Nachbarschaft und Bekannten, in großer Massenhaftigkeit; es wird über den Kranken geredet, Bemerkungen werden gemacht, es wird ihm erzählt, was Frau und Kinder draußen treiben, was mit ihnen geschieht, usw. Auch die seit dem zweiten Anfall festgehaltenen Eifersuchtideen herrschen in Phoneme gekleidet stark vor. In späteren Anfällen treten auch Größenideen auf, so im 4. und 6. Anfall, der erstere nur ein ganz knrzer Mischzustand, der letztere eine Halluzinosis von 3 Wochen. Nach dieser Erkrankung bleibt Patioent auffallend reizbar, er ist körperlich stark reduziert, 13 Monate nach der Entlassung beginnt der 7. der beobachteten Fälle, der nicht mehr zur Abheilung


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommt. Anfangs wieder abenteuerliche Größenideen im Vordergrund, die aber bald zurücktreten. Im weiteren Verlauf macht sich diesmal Verschlossenheit und Reizbarkeit, Eigenbeziehung und ein paranoischer Affekt sehr bemerkbar. Das Symptomenbild sonst aber wie früher, akustische und optische Halluzinationen mit Verfolgungsideen und Systematisierung. Noch jetzt 19 Monate nach dem Beginn besteht der gleiche Zustand unverändert mit derselben Lebhaftigkeit und Affektbetonung fort, so daß man also wohl von einem chronischen Verlauf sprechen kann.

Muß man darum an der alkoholistischen Natur der Erkrankung zweifeln? Was die akuten Psychosen anlangt, so sind sie nach Entstehung, Symptomatologie und Verlauf in nichts verschieden von der Alkoholhalluzinosis resp. dem Mischzustand zwischen ihr und dem Delirium, der ja gerade bei der alkoholistischen Ätiologie mindestens so häufig ist, wie die reine Halluzinosis. Die Größenideen und die Phantastik sprechen nicht dagegen. Die Psychosen sind auch wirklich akut gewesen und völlig abgeheilt. Das beweist nicht nur die bestimmte Angabe der Frau über die Art, wie Pat. sich seiner Genesung freute, sich über die Leiden des Krankheitszustandes aussprach und ihr abbat, was er ihr angetan: auch schon während des Aufenthaltes in der Anstalt sprach er sich nach Ablauf der Erkrankungen vollkommen frei und rückhaltlos mit guter Einsicht über die Störungen aus; er benahm sich völlig geordnet, erwies Ärzten und Anstalt Vertrauen und Dankbarkeit und zeigte Verständnis und richtiges Urteil seiner Krankheit, seiner Situation und Umgebung gegenüber. Es kann wohl nichts an dieser Auffassung ändern, daß er die Eifersuchtideen dauernd auch während der Zwischenzeiten beibehalten hat. Er stand ja dann immer wieder unter dem Einfluß des Alkohols, während er sich in der Anstalt auch darüber ganz einsichtig äußerte, wenigstens anfangs. Ihre Entstehungsweise ist aber gerade für die alkoholistischen charakteristisch, es läßt sich erkennen, wie sie zum Teil aus deliranten Episoden ihre Entstehung nahmen, er sah Männer bei Frau und Tochter, zum Teil aus den Halluzinationen, er erklärt, er erfuhr von der Untreue der Frau durch das Getuschel der Nachbarn, und die Stimmen bestätigten, was er vermutet hatte. Auch noch in der Pflegeanstalt wird übrigens besonders seine gute Intelligenz und ungetrübtes Urteil hervorgehoben, also noch 6 Jahre nach erstem Ausbruch der Erkrankung. Irgendeine der anderen


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

paranoiden Erkrankungen ist damit nach dem Verlauf wohl ausgeschlossen. Aber das degenerative Irresein macht ja ganz ähnliche Erscheinungen, und bei der häufigen Wiederkehr könnte man vielleicht irgendeine periodische Form der degenerativen Geistesstörungen in Erwägung ziehen. Der Kranke ist erblich belastet, hat in seiner Kindheit eine „Hirnentzündung" durchgemacht, aber irgendwelche Anzeichen endogener Degeneration sind bis zur ersten Erkrankung nicht hervorgetreten und auch während der Psychosen nicht. Erregungen und Gewalttätigkeiten sind ja ganz gewöhnliche Erscheinungen bei Alkoholisten. Die Ungeheuerlichkeit der Eifersuchtideen, daß er die Frau mit allen und jedem und selbst mit den nächsten Blutsverwandten verdächtigte, könnte wohl Verdacht erwecken. Er selbst hat ferner einmal angegeben, er bekomme mitunter ein Frösteln und Zucken mit Krampf in den Beinen, Erbrechen und Diarrhöe, gedunsenes Gesicht, die Nase laufe, die Zähne würden locker, das dauere 1—2 Tage und wiederhole sich alle 6 Wochen wie bei den Frauen die Regel. Aber in der Anstalt ist etwas Derartiges nicht zum Vorschein gekommen. Auch halten die Erkrankungen keine Regelmäßigkeit inne, die unabhängig von seinen Alkoholexzessen wäre, sondern in dem ersten Jahre, in dem Patient seine Entschädigung zu vertrinken hatte, kamen sie sehr häufig wieder, dagegen blieben sie einmal $2^1/_2$ Jahre weg, als er sich vom Alkohol eine Zeitlang fernhalten konnte. Auch daß die Gelegenheitsursache jedesmal ein Magendarmkatarrh war, während dessen die Psychose zum Ausbruch kam, ist doch eine ganz gewöhnliche Erscheinung bei den alkoholistischen Störungen. Vor allem aber ist in dem Symptomenbild der Psychosen selbst nichts von eigentlich degenerativen Symptomen zu finden, auch in der letzten chronischen nicht. Man wird also die alkoholistische Natur der vorliegenden Erkrankungen anerkennen müssen, solange man eben die Besonderheiten der Entstehung, der Symptomatologie und des Verlaufs für stichhaltige Kriterien hält und man nicht etwa die selbständige Stellung der Alkoholhalluzinosis überhaupt zugunsten der degenerativen Geistesstörungen aufgeben will. Es könnte ja daran vielleicht gedacht werden bei den außerordentlich engen Beziehungen zwischen beiden und der relativen Seltenheit der reinen alkoholistischen Formen, dagegen der verhältnismäßigen Häufigkeit ähnlicher Formen auf degenerativer Basis. Sobald man aber die akuten Störungen als alkoholistische anerkannt hat,


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wäre es wohl gekünstelt, die letzte, die sich in den Hauptsymptomen nicht von den vorigen unterscheidet, als etwas gänzlich Fremdartiges zu betrachten. Sie ist doch, nachdem mehrere gleiche vorausgegangen und abgeheilt waren, der chronische Verlauf eines neuen Ausbruchs. Daß sich das Krankheitsbild dabei ändert, ist nur zu erwarten und in diesem Falle nicht einmal recht deutlich erkennbar. Wohl traten, wie schon nach der vorigen Erkrankung eine große Reizbarkeit auffiel, diesmal der paranoische Affekt, die Verschlossenheit und Verdrossenheit sehr heraus, die Eigenbeziehung richtete sich auf die hiesige Umgebung, nächtliche Erlebnisse schienen wahnhaft verarbeitet, obwohl Patient, wenn er sich aussprach, nur dieselben Erscheinungen wie früher angab. Angedeutet könnte man eine Änderung nach dem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker hin darin sehen, daß die Größenideen teilweise absurd waren, daß der Affekt und das Verhalten des Kranken anfangs sehr deutlich schwankten; bald war er ganz verschlossen und unzugänglich, bald freier und sprach sich aus. Er schimpfte in der jetzigen Anstalt wohl einmal über das Essen und erzählte auch, daß ihm hier nachts ein Pfleger in den Finger schnitt und etwas hineinsteckte, um ihn um den Daumen zu bringen, indessen Näheres war von ihm darüber nicht zu erfahren. Auffallend war auch die zeitliche Umdeutung! Ein residuärer Defektzustand liegt jedenfalls nicht vor, die Lebhaftigkeit der Halluzinationen und der Eigenbeziehung, der starke ungeschwächte Affekt und die wohlerhaltene Intelligenz zeigen das deutlich. Vielmehr bietet die Erkrankung jetzt das bekannte Bild einer halluzinatorischen Paranoia, und da es hervorgegangen ist aus dem Symptomenbild der akuten Alkoholhalluzinosis und sich in seinen Symptomen bisher nicht entschieden davon entfernt hat, so ist die Bezeichnung als chronische Alkoholhalluzinosis für diesen Fall wohl noch die passendste. Endogene degenerative Einflüsse, welche für den chronischen Verlauf verantwortlich zu machen wären, sind, wie erwähnt, auch während dieses nicht nachzuweisen, dagegen ist der Mann 48 Jahre alt geworden; er ist ergraut, der Ernährungszustand mäßig, die Muskulatur schlaff, die Herztöne leise, der Puls klein und beschleunigt, die Arterien gespannt, die Leber vergrößert, also ein Mann mit vielfachen Organdegenerationen und frühzeitigem Verfall, worin m. E. die Ursache für den chronischen Verlauf liegt. Bemerkenswert ist übrigens auch, daß erst im 42. Lebenjahre


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach so langjährigem Alkoholismus die Erkrankung zuerst aufgetreten und dann häufig rezidiviert ist.

Solche sekundären Degenerationen scheinen mir in Fällen chronischen Verlaufes auch die Umänderung des Symptomenbildes mitzuverschulden. Wenn nach mehreren akuten Psychosen eine chronische sich einstellt mit ganz anderem Symptomenbilde, so ist es wahrscheinlich, daß sich inzwischen noch andere bleibende Veränderungen ausgebildet haben, wie sie bei der alkoholistischen Ätiologie nahe liegen. Eine spezielle Form solcher abgeänderter chronischer Formen nach Alkoholpsychosen ist der von *Kräpelin* aufgestellte „halluzinatorische Schwachsinn der Trinker". An anderer Stelle ist auseinandergesetzt, daß darunter wohl noch verschiedene Verlaufsformen vereinigt sind. Auch sie haben nun wahrscheinlich eine kombinierte Grundlage. *Schröder*[8] hat besonders die degenerative Anlage für den eigenartigen Verlauf der von ihm publizierten Fälle in Anspruch genommen. Daneben aber wies ich[2] auf die sekundären Degenerationen, speziell die Arteriosklerose hin, die sowohl selbst ganz ähnliche Verlaufsformen hervorbringt, als auch zur Gestaltung der Krankheitsbilder des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker mit der degenerativen Veranlagung zusammenzuwirken scheint, vielleicht auch als Mittelglied in Betracht kommt. *Goldstein*[4] hat diese Wirkung der Arteriosklerose an eigenen Beobachtungen bestätigen können. Im nachfolgenden soll die Rolle, welche die Arteriosklerose allein oder mit der degenerativen Anlage zusammen beim Zustandekommen dieser Krankheitsbilder spielt, an weiteren Fällen illustriert werden.

Zuerst ein Beispiel, wie ähnliche Bilder die Arteriosklerose allein macht. Bei Alkoholdeliranten der höheren Lebensjahre, schon im 7. Jahrzehnt findet man oft, daß sie nach Ablauf des Deliriums nicht mehr recht einsichtig werden. In einigen Fällen aber protrahiert sich das Delirium, es zeigen sich Gedächtnisdefekte, und unter Intermissionen oder allmählich geht das Delirium in das senile über. Ähnlich ist der Verlauf im vorliegenden Fall, nur daß das spätere Stadium ein halluzinatorisches ist mit Eigentümlichkeiten des „halluzinatorischen Schwachsinns".


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

August H., Haushälter, geb. 10. September 1850, aufgenommen 6. März 1908.

Regelmäßiger Trinker, wieviel? unbekannt. Früher keine nennenswerten Erkrankungen. Seit 3 Tagen jetzt erkrankt. Schüttelfrost, Fieber, Schnupfen. Seit gestern unruhig.

Schon ziemlich ergrauter Mann, Arteriosklerose. Erysipel in Gesicht und beiden Vorderarmen. Unorientiert. Nicht sehr lebhaftes Delirium tremens. Etwas benommen. Allgemeiner Tremor.

12. März. Hat gestern geschlafen. Nachts aber wieder mehrfach aus dem Bett gekommen, leicht delirant. 15. März. Jetzt frei, nur oberflächliche Einsicht. Erysipel an Gesicht und rechtem Arm abgeheilt, links noch Schwellung und Rötung. Temperaturen unregelmäßig um 38° schwankend. 20. März. Hat für Delirien jetzt Einsicht, ist aber zeitlich nicht ganz klar. Am rechten Ellenbogen wieder Rötung und Schwellung, Abszeß. Fortschreiten des Erysipels. 28. März. Blieb seither orientiert und klar. 2. April. Abszeß heilt ab, Erysipel ist abgeblaßt, Schwellung geschwunden. Gestern Abend wieder delirant. Fand sich nicht zurecht, war verwirrt, erzählte eine delirante Geschichte. Heut orientiert.

4. April. Blieb ruhig und frei. Ist aber zeitlich unorientiert. Über die Dauer seines Aufenthaltes hier ungefähr orientiert. 14. April. Seither kamen anfallsweise immer wieder kurze delirante Phasen. Jetzt auch dauernd zeitlich unorientiert (Juli 1908). Viel amnestische Konfabulationen. Merkfähigkeit schlecht. Am rechten Arm hat sich der Abszeß noch nicht geschlossen, Sekretion aus einer Fistel.

15. Mai. Patient ist dauernd zeitlich unorientiert. Örtlich nur vorübergehend orientiert. Zahlreiche Konfabulationen mit dem Inhalt von Beschäftigungen und sonstigen alltäglichen Vorkommnissen, z. T. mit deliranten Erlebnissen gemischt.

Nachts fast regelmäßig delirant. Zeitweise recht ängstlich, soll erschossen, geköpft werden, sie wollen ihn fortschleppen usw. Merkfähigkeit schlecht.

16. Juni. Fistel geheilt. Verliert anfallsweise immer wieder die örtliche Orientierung, nachts noch häufig delirant.

15. Juli. Pat. halluziniert akustisch viel. Ist nie ganz frei. Er wird verhöhnt, verspottet, verfolgt. Hört Vorwürfe: er solle gestohlen, Leute ermordet haben, sei zum Tode verurteilt, solle erschossen werden. Verteidigt sich dem Arzt gegenüber. Tagüber orientiert, nachts noch delirant. Viel Klagen über Kopfschmerzen.

20. August. Freier. Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen werden seltener geäußert. Zeitweise Einsicht dafür. Selten noch nachts delirant.

30. August. Äußert spontan nichts mehr, nur auf Befragen gibt er an, noch Belästigungen ausgesetzt zu sein, er sei sich aber keiner Schuld bewußt. Auf die Versicherung, daß es krankhaft sei, gibt er sich, scheinbar beruhigt, zufrieden. Arbeitet in der Küche. Viel Klagen über Kopfschmerzen und rheumatoide Beschwerden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15. September. Nach eigener Angabe immer mehrere Tage ganz frei, klagt dann auch nichts. Plötzlich dann, gewöhnlich abends, wieder erregt, die Beeinträchtigungsideen und Halluzinationen kommen wieder zum Vorschein.

20. Oktober. Arterien gespannt, Temporales geschlängelt, rigide. Patient klagt über häufige Kopfschmerzen, besonders morgens. Häufig Reißen im Kreuz und in den Beinen. Stimmen selten, achte nicht mehr darauf; nicht immer, nur zeitweise. Hörte seinen Namen, dann Beschimpfungen und Bedrohungen, wäre zu lange schon hier, könnte längst arbeiten, solle eingesperrt werden u. dgl. Früher Angst und Ärger deswegen. Sind mehrere Stimmen, auch von hiesigen Kranken und Pflegern. Sprechen untereinander, aber ihn auch direkt an. Hauptsächlich wurde morgens und abends gesprochen. Könne aber doch nicht wirklich sein, es sei doch keine telephonische Verbindung mit draußen. Müsse doch wohl Einbildung sein. Früher mehrere Wochen hintereinander. Früher viel optisches (dafür völlige Einsicht), jetzt nur akustisch. Ist jetzt völlig orientiert, Zeitangaben aber sind unsicher. Gedächtnisausfälle leichter Art, muß sich auch auf wichtige Lebensdaten besinnen. Merkfähigkeit für Zahlen und Worte herabgesetzt.

Im Anschluß an Erysipel tritt also ein wesentlich alkoholisches Delirium ein, das nicht kritisch abfällt, sondern nachts noch mehrfach aufflackert, dann aber mit Einsicht abheilt. Die zeitliche Orientierung bleibt anfangs noch defekt. Nach völliger Orientierung etwa 14 Tage Wohlbefinden, dann wieder nächtliche Delirien; es tritt eine Phase ein, die dem *Korsakow*schen Komplex entspricht, mit zeitweisen, besonders nächtlichen Delirien. Allmählich treten aber mehr Gehörstäuschungen hervor, und nur nachts wird noch mitunter die örtliche Orientierung verloren. Die Gehörstäuschungen sind ganz ähnlich wie bei der Halluzinosis: Bedrohungen und Beschimpfungen und daran sich anschließende Angst und Verfolgungsideen. Das alles nimmt aber später einen intermittierenden Verlauf, nur ab und zu unter lebhafteren Halluzinationen flackert der Affekt auf, während in der Zwischenzeit, wo Patient freier ist, sogar eine gewisse oberflächliche Einsicht eintritt. Nach seiner Angabe waren besonders morgens und abends die Halluzinationen am lebhaftesten. Später kehren sie nur anfallsweise wieder, dabei verhält sich Patient ziemlich stumpf und gleichgültig dagegen. Die Art des Beginns, die Stumpfheit, die Oberflächlichkeit der Wahnvorstellungen, das intermittierende Aufflackern der Erscheinungen, die halbe Einsicht in der Zwischenzeit, das sind Eigentümlichkeiten, wie sie *Kräpelin* dem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker zuschreibt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Grundlage ist aber hier die Arteriosklerose. Außer den äußeren Erscheinungen dieser hat Patient häufige Kopfschmerzen, besonders morgens, rheumatoide Beschwerden und Defekte des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit.

Andere Züge des halluzinatorischen Schwachsinns trägt folgende Psychose, die man vielleicht als eine Verbindung dieses mit der *Korsakows*chen Psychose ansehen könnte; jedoch isf hier die komplexe Natur der Erkranknng wieder deutlich.

Oskar K., Arbeiter, geb. 25. Juni 1856, aufgenommen 13. August 1907.

Objektive Anamnese fehlt. Nach eigener Angabe aus gesunden Tagen sind die Eltern an Lungenleiden gestorben. Die Geschwister hatten wie er Kinderkrankheiten. Mit 9 Jahren will er einen Krampfanfall gehabt haben, über den er Näheres nicht mehr zu sagen weiß. Sonst sei er nicht krank gewesen.

März 1900 im Krankenhaus wegen rheumatischer Beschwerden. Diagnose: chronischer Alkoholismus.

21. Mai 1900 erste Aufnahme hier wegen Delirium tremens bei einer Phlegmone des rechten Vorderarms. Typisches, nicht sehr lebhaftes Delirium. Nach Ablauf ins Krankenhaus zurückverlegt.

20. August bis 13. November 1906 im Krankenhaus wegen „Reißen" und Magenkatarrh: chronischer Alkoholismus. Starke Spasmen, breitbeiniger Gang. Romberg. Psychisch: sehr unintelligent, langsame Antworten, aber keine psychotischen Zeichen.

Wiederaufnahme hier 13. August 1907. Tags vorher ins Krankenhaus wegen „Darmkatarrh". Wurde dort nachts delirant.

Hatte nach der Entlassung verschiedene Arbeiten; zuletzt als Bierkutscher gefahren. Litt schon seit längerer Zeit an „Reißen". Vor 8 Tagen ein Schwindelanfall.

Hier die ersten Tage schwankende Orientierung, weiß nie sicher wo er ist. Zeitlich unorientiert. Über die letzte Vergangenheit weiß er gar keine ordentliche Auskunft zu geben. Ab und zu, besonders nachts, leicht delirant, Beschäftigungsdelir. Sehr schlechte Merkfähigkeit. Auffallend stumpf. Konfabuliert auf Befragen. Sonst döst er vor sich hin. War einigemal unsauber.

Schon stark ergraut, ausgesprochener Arcus senilis. Puls klein und beschleunigt.

Pupillen reagieren träge auf L., auf C gut.

Zunge weicht etwas nach links. Patellarreflexe vorhanden.

Patient geht unsicher, mit kleinen Schritten. Muskelschmerzhaftigkeit. Keine groben Sensibilitätsstörungen, soweit nachweisbar. Romberg. Lebervergrößerung. Bronchitische Geräusche l. h. u.

Starker Potus wird zugegeben. 50—60 Pf. täglich.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

30. September. Etwas freier. Örtlich orientiert. Ohne Einsicht. Erzählt heut, oben in der Lampe wären zwei Damen so klein wie Puppen, die hätten einen elektrischen Strom, mit dem sie ihn quälten, so daß er lauter „Päcksel" an den Beinen hat.

Auf der Decke war es von dem Strom einmal wie Blasen. Im Bett sah er einen Kater. — Keine Unruhe, liegt ruhig zu Bett. 2. Oktober. Frei. Will von Halluzinationen jetzt nichts wissen. Schmerzen in den Beinen. Linker äußerer Fußrand hängt. Wadenmuskulaturdruck schmerzhaft. Gang steif. 10. Oktober. Nachts wieder unruhig, es waren Kerle im Bett; einer stand daneben und sagte: „Wart' dem werden wir es schon anstreichen". Man habe ihn mit einem spitzen Gegenstand in den After gestoßen. 14. Oktober. Wieder ruhig, frei. Steht auf, beschäftigt sich.

28. Oktober. Die letzten Tage dauernd Halluzinationen, Sensationen und Erklärungswahnideen phantastischer Art: Sein Leben sei bedroht. Die Bierkutscher fahren umher und suchen die, welche früher mitgefahren sind; es handelt sich um ein Verbrechen. Es geht mit Schläuchen, die umschlingen einen. Man wolle auch ihn fangen. Die Kerle drücken sich durch alle Luken. In der Nacht haben sie nach ihm geschossen, aber durch das elektrische Licht gingen die Kugeln nicht an; es habe auch nicht geknallt, sondern nur gesummt. Habe auch Hunde und Schutzleute auf der Decke gesehen. Gibt an, Angst zu haben, zeigt aber keinen deutlichen Affekt. Lächelt selbst mitunter über seine Erlebnisse. Schläft schlecht; aber keine delirante Unruhe. Gibt an, in den Zehen kein Gefühl zu haben, alles sei so abgestorben.

16. November. Massenhafte Halluzinationen. Klagt über die fortwährende „Folter". Es seien Drähte bis ans Bett geleitet von den Apparaten, die man hinten gehen höre in der Fabrik von K. Es werden ihm Glieder abgeschnitten, auch von den Nates habe man ihm ganze Stücke abgeschnitten, die waren viel dicker. Es geschehe alles elektrisch, daher sehe man keine Wunden; solche heilen außerdem sofort wieder.

Es geschehe das, weil er manchmal etwas nicht richtig sage. Er müsse z. B. das Vaterunser aufsagen, oder einen alten Gassenhauer. Für scherzhafte und unrichtige Worte werde er dann sofort gepeinigt.

Er müsse ganz stille liegen, sonst verschlimmere er es. Andermal befehlen ihm die Stimmen, Bewegungen mit den Beinen zu machen. Einmal fand man ihn im Bett hockend und mit dem Körper wippende Bewegungen machend. Er müsse eine Maschine, auf der er liege, in Bewegung halten, sonst werde er gefoltert.

Neben den akustischen seltene optische Halluzinationen: Schutzleute, Vögel in der Decke usw. Die Vögel fliegen in der Luft und plötzlich in die Decke hinein. Durch eine unvorsichtige Bewegung habe er einmal ein paar Vögel zerdrückt, dafür werde er wieder gefoltert.

Geschmacks- und Geruchshalluzinationen sind bis jetzt nicht beobachtet.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meist liegt Patient, trotz aller Belästigungen, ruhig zu Bett, nur manchmal nachts geht er nicht hinein, steht daneben aus Furcht vor den Apparaten.

Patient erzählt diese Verfolgungen auch meist ganz gemütlich und stumpf, sogar lächelnd, beklagt sich aber doch über die Schmerzen. Angst leugnet er, selbst wenn ihm gedroht wird, ihm den Kopf abzuschneiden. „Die können mir doch nicht so ohne weiteres den Kopf abschneiden."

Die Urheber der Verfolgungen und die Gründe dafür wechseln. Erst waren es Ringkämpfer, weil er sich nicht zum Ringkampfe gestellt habe, als er aufgefordert war. Dann war es eine Frau K., er höre, wie sie oben die Befehle zu all diesen Dingen gebe, weil er einmal unzüchtig gegen sie gewesen sein soll.

Außer Bett fühlt sich Patient freier. Manche Tage ist er überhaupt ganz frei. Keine Einsicht, auch nicht in den freien Zeiten. Schläft schlecht. Nahrungsaufnahme gut.

2. Dezember. Andauernd dieselben Beeinträchtigungen. Nur selten einmal leicht mißgestimmt und ängstlich. Wegen jeder Kleinigkeit werde er bedroht, auch wenn er Ref. etwas erzähle. Alles was mit ihm geschehen soll, das erzählt ihm immer das Vögelchen, das in der Lampe steckt und auch manchmal umherfliegt. Es seien neue Apparate zum Foltern angeschafft. Man schieße auf ihn; man rieche ja den Pulverdampf. Auch im Essen erhalte er Gift, es rieche manchmal so eigentümlich und schmecke bitter.

10. Februar. Im ganzen stiller und zurückhaltender. Klagt aber immer wieder, daß sie ihn wieder quälen, besonders nachts habe er keine Ruhe. Die Vögel lassen ihn nicht ruhig. Es seien Vögel so groß wie die Erbsen, die auf seinem Kopfe säßen, aber einen solchen Spektakel machten, daß er es nicht aushalte. Sie schimpfen fortwährend auf ihn. Mitunter ist er verschlossen und spricht gar nichts, dann erzählt er wieder einmal seine Erlebnisse. 7. März. Wieder lebendiger und gesprächiger. Ganz phantastische Ideen und Konfabulationen. Alles spreche zu ihm, die Tische, Stühle, das Essen, die Semmel. Er könne alles von den Gegenständen erfahren, man solle nur hören, dann werde man es auch wahrnehmen. Es seien kleine Tiere drin, die sprechen das, auch in seiner Haut seien solche, im ganzen Körper. Weist dabei auf eine paar Pigmentflecke. Wünscht seine Freisprechung, die Strafe sei zu Ende. Sei schon 3 Jahre hier drin. Größenideen: Er besitze große Komplexe von Häusern, die er geerbt habe. Einmal: er sei der König Ludwig III. von Schweden. Sei seit dem 19. Jahre von dort fort, sei hier eingesperrt. — Zeitlich unorientiert. Weiß nicht, welches Jahr jetzt ist, und wie lange er hier ist. Ref. sei ein Herr, den er früher kannte. 15. April. Selten nachts etwas unruhig, spricht sich jetzt wenig aus. Will nach Dänemark, weil er dort alles leiten müsse. Stumpf.

20. Mai. Räumt nachts öfters das Bett aus. Immer phantastischer; erzählt aber alles ganz gleichgültig. Gegenvorstellungen nimmt er gelassen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hin. Zieht gar keine Konsequenzen aus seinen Größenvorstellungen. Nachts würde Feuer unter der Bettstelle gemacht, sie war ganz glühend, die linke Gesäßhälfte sei ihm verbrannt. Die Bettstelle spreche, sie sei eben so gebaut wie ein Mensch. Er sei auch von Eisen, wenn er sich verpuppen solle, werde er Stein usw. Werde sich in Dänemark in einen Sandhaufen stecken, um seine Glieder wieder zu bekommen, die ihm durch die Folter verbrannt wurden. In der Lampe stecken seine Verfolger, sie wollen die Menschen immer kleiner machen. Wenn sie auf einen Knopf drücken, gibt die Lampenglocke alle möglichen Stoffe ab, Salzsäure, Schwefelsäure u. dgl. Mit einem elektrischen Draht nehme er den Menschen die Augen aus usw. Er selbst habe nicht mehr alle Augen, sehe aber sehr weit, bis Neapel. Ein Stück Zunge habe man ihm losgerissen. Das waren seine Freunde, die auch alle Häuser einkassiert hätten, sie wollten die Welt regieren, haben aber Strafe von Dänemark. Seine Zunge sei an der großen Zehe festgebunden; wenn er nach Dänemark komme, erhalte er eine neue, die werde am Rücken befestigt. Er regiere jetzt die Welt, die andern Könige seien in Berlin. Er kenne die Leiden der Kranken hier. Er sei hier in einem Gefängnis, 9 Jahr hier; jetzt sei 77 oder 78 u. a. m. (viele ausschmückende Details). 4. Juni. Beklagt sich über die Feinde. Von der Schwefelsäure schwelle ihm der rechte Fuß an. Wollte aus dem Krankenhaus damals eigentlich in die Irrenanstalt, sei aber aus Versehen hierher ins Gefängnis gefahren worden. Räumt nachts oft das Bett aus, schimpft. 5. Juli. Verlangt ab und zu fort, aber ohne Nachdruck. Es werde immer schlimmer. Bei allen Quälereien aber immer ganz affektlos, höchstens mitunter etwas ärgerlich. Erzählt oft lachend, was geschieht. Beschäftigt sich etwas. Geht mit kleinen kraftlosen Schritten gebückt und matt wie ein alter Mann. 24. August. Gleichmäßiges Bild. Zieht in phantastische Konfabulationen die ganze Umgebung mit ein, scheint selbst daran Vergnügen zu haben. Sei von Jugend auf in Südwestafrika gewesen, habe 125 Feldzüge mitgemacht. Als er hierher kam, sei er 52 Jahre alt gewesen, jetzt sei er 99; sei 16 Jahre hier. Werde immer kleiner, früher habe er bis zur Decke gereicht. Er ist alles, ist der älteste mit; regiere die Welt mit den Füßen. Hier war die Kürassierkaserne, eine Irre unten habe ein Zuchthaus daraus gemacht, aber solange er hier sei, sei es keins. Erzählt auch von den Personen der Umgebung solche phantastischen Geschichten.

23. September. Drängt fort. Ab und zu leicht verstimmt, meist aber freundlich. Wenn er nicht fortkomme, werden draußen die Brücken einfallen. Alle leben nur von ihm. Halte es nicht mehr aus, der Rücken sei schon zu einer Stecknadel geworden. Ißt gut. Nachts ruhig.

Nachdem die Beschwerden des chron. Alkoholismus 1900 schon Krankenhausbehandlung notwendig gemacht hatten, folgt ein Delir. trem. während einer Handphlegmone, 6 Jahre darauf ist Patient wieder


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegen alkoholistischer Störungen im Krankenhaus, fällt durch Stumpfheit, Demenz, verlangsamte Antworten auf, zeigt aber bei mehrwöchigem Aufenthalt keine sonstigen geistigen Störungen. Im Jahr darauf wegen Magendarmkatarrh wieder aufgenommen, zeigt er sich delirant und wird in die Irrenanstalt verlegt. Hier in den ersten Wochen das Bild des protrahierten Deliriums resp. der *Korsakow*schen Psychose, mit ziemlicher Stumpfheit. Nach einigen Wochen behält K. die örtliche Orientierung. Die Halluzinationen sind jetzt überwiegend akustische, seltener optische und sensible, vielfach kombiniert. Die akustischen im Stil der Halluzinosis, Beschimpfungen, Drohungen, dabei Peinigung für frühere Vergehen mittels elektrischen Stromes; alles aber sehr phantastisch mit Deutungen, die eine erhebliche Urteilsschwäche verraten. Später kommen auch Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, abenteuerliche Größenideen und seltsam phantastische hypochondrische Vorstellungen. Die Erscheinungen schwanken alle in ihrer Intensität, sind besonders nachts lebhafter, lassen aber zeitweise nach und kehren wieder. Bei aller reichlichen Ausgestaltung der Verfolgungsideen bleibt Patient doch auffallend stumpf, erzählt gemütlichen Tones, seine Größenideen wie seine Leiden, lächelt oft dazu, gerät allenfalls einmal in leicht ärgerliche Stimmung, aber nie in lebhaften Affekt. Von seinen Größenvorstellungen macht er nie Gebrauch. Er äußert sie späterhin nur gelegentlich, meist nur auf Befragen, auch die vielen Sensationen nahm er ruhig hin. Das Krankheitsbild ähnelt wieder so sehr den Wahnbildungen bei der paranoiden Demenz, daß man zuerst an eine Kombination glauben möchte. Aber es geht aus einem *Korsakow*schen Anfangstadium hervor, es fehlt auch hier jede Willensstörung, die Affekte sind wohl abgestumpft, aber nicht so gänzlich inadäquat; es besteht nicht die Unzugänglichkeit, der Mangel an Rapport, den man bei solchen Kranken findet. Auch motorische Symptome katatonischer Art fehlten; es traten allerdings einmal kurz eintönige Bewegungsmechanismen auf, aber sie standen auch hier in direkter Abhängigkeit von Stimmen, geschahen auf Befehle hin, denen Patient nachkam, um unangenehmen „Foltern“ elektrischer Natur zu entgehen. Derartiges ist auch bei der akuten Alkoholhalluzinosis beobachtet worden (*Bonhöffer*[1], *Chotzen*[2], *Goldstein*[4]). Zur Schilderung des halluzinatorischen Schwachsinns passen die leichten Schwankungen, die Gleichgültigkeit, die Phantastik



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Ungeheuerlichkeit besonders der hypochondrischen Vorstellungen, die Urteilsschwäche, die sie verraten, die mehr spielerische Beschäftigung mit den Größenideen und doch meist geordnetes natürliches Benehmen. Der Kranke blieb dauernd zeitlich unorientiert, die Örtlichkeit wurde bei richtiger Erfassung und Behandlung in mannigfach wechselnder Weise umgedeutet. Das Krankheitsbild ging hervor aus einer *Korsakow*schen Psychose. Auch bei diesem 51 jährigen Manne finden wir ein ausgesprochenes Senium präcox. Schon bei der Aufnahme fiel ein ausgebildeter Arcus senilis auf. Die Arterien sind geschlängelt, die Haare stark ergraut. Patient geht gebückt und kraftlos wie ein alter Mann.

Einen degenerativen Zug kann man in einer gewissen Fabuliersucht sehen, die zeiweilig zu bemerken war, und in der Leichtigkeit, mit der Patient phantastische Konfabulationen auf jede Frage reichlich produzierte. Der Krampfanfall in der Jugend wäre ein weiteres Symptom. Ein analoger Fall mit ganz ähnlichen Erscheinungen betrifft eine Frau, welche schon von Kindheit auf als Schwindlerin bekannt war. Bei ihr folgte die Psychose nicht auf das *Korsakow*sche Stadium, sondern es ließ sich annehmen, daß die Psychose schon der Entwicklung des chron. Alkoholismus nebenher lief.

Deutlichere degenerative Zeichen, auch in der Psychose, bot der Kranke, dessen Geschichte nun folgt, die jedoch die Ähnlichkeiten mit dem halluzinatorischen Schwachsinn nur angedeutet enthält.

Karl S., Schmied, geb. 11. Oktober 1852, aufgenommen 25. August 1907.

Wird nach Suizidversuch wegen Delirium tremens in die Anstalt eingeliefert. Anamnese: Vater Potator. Patient auch starker Trinker, oft betrunken. In Trunkenheit erregt und gewalttätig. Eifersüchtig, auch nüchtern. In den ersten Jahren der Ehe Ohnmachtsanfälle, keine Krämpfe. Im April 1906 einige Tage delirant, schwitzte stark; Anfälle, in denen er steif wurde und nicht sprach, wiederholten sich mehrfach.

14 Tage vor der Einlieferung schon einmal nachts schlaflos und unruhig. In der Nacht vom 22. zum 23. August wieder erregt, ängstlich, sah Männer, die ihm in die Ohren sangen. Suizidversuch aus Angst.

In der Anstalt orientiert. Aus dem körperlichen Status: Allgemeiner Tremor. Lebervergrößerung. Rechte Pupille weiter als linke, reagieren. Reflexe +. Schon fast weiß. Temporalarterien rigide und geschlängelt. Habe zu Hause seit dem 23. nachts schattenhafte Gestalten gesehen.


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1906 habe er schon einmal 2 Tage das Delirium gehabt. Potus für 30 bis 40 Pf. pro die. Leugnet die Suizidabsicht ab.

Bleibt hier orientiert, liegt oder sitzt still im Bett, offenbar ängstlich, aber sehr zurückhaltend, spricht sich über Stimmen nicht aus, antwortet aber sich selbst überlassen solchen. Schläft wenig. 28. August. Noch leicht delirante Erscheinungen, Funken-, Fädensehen u. a. 29. August. In der Nacht lebhafte ängstliche Erregung, auch heut sehr ängstlich, schwitzt, betet unaufhörlich. Sehr abgelenkt. Gibt an, 3 Männer höre er seit vorgestern sprechen, sie waren mit einem Hund draußen und drohten, ihn zerreißen zu lassen. Gesehen habe er sie nicht, sie waren draußen, aber er habe bemerkt, wie sich das Blech (deutet an eine Stelle der Wand) schon einbog. Von unten Stimmen, er solle totgeschlagen werden. Die Stimmen kommen ihm bekannt vor, er wisse aber nicht, wer sie seien. Auch die Stimme Gottes habe er gehört: er habe einen Schein gesehen, so wie eine Taube. Auch ein Bild mit armen Seelen, die sich bewegten. Habe den lieben Gott auch fliegen gehört, es pfiff so. Es sei „ja bald noch schlimmer, als wie er wegen Delirium herein kam".

30. August. Auch nachts lebhaft erregt, völlig mit den Stimmen beschäftigt, antwortet. Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Schläft nachmittags ein. 31. August. Nachts Schlaf. Heut ohne Affekt, fühlt sich freier, leugnet jetzt Phoneme und Visionen. 9. September. Halluziniert weiter. Immer unter dem Einfluß von Phonemen. Zeigt bald lebhaft ängstlichen Affekt, bald ist er mehr ergeben, auf das Schlimmste gefaßt. Stundenweise jedoch ganz frei; verlangt dann hinaus, aber ohne Einsicht. Sucht meist zu dissimulieren, im Affekt spricht er sich aber mitunter aus. Dauernd ängstliche, drohende Phoneme; nicht nur er selbst wird bedroht, auch die Angehörigen mißhandelt. Hört, wie die Frau gemißbraucht wird, hört den Sohn schreien, ihm rufen, weil er aus dem Fenster geworfen werde. Desgleichen die Frau, hört, daß ihr die Beine abgenommen werden. Hört ihre Seele vorbeipfeifen, wie sie zur Hölle fährt. Auch er wird im Oktober vom Teufel geholt werden. Systematisiert und knüpft dabei an frühere delirante Erlebnisse an. Im April 1906 habe er seine Seele dem Teufel verschrieben, die jetzigen Erlebnisse seien nur Vorbereitungen dafür, daß dieser seine Seele holen werde. Könne die Stimmen der Menschen und Seelen unterscheiden. Höre aus jedem Geräusch Stimmen. Schläft schlecht, nachts oft unruhig. 28. September. Affekt schwankt, Stimmen setzen immer für einige Zeit aus. Stets orientiert. Gegen die Frau bei Besuchen ablehnend und gereizt, weil er hört, daß sie von anderen gebraucht wird. 21. Oktober. Zumeist im Bett. Manchmal, wenn die Angst stärker wird, kniet er hin und betet. Massenhafte Stimmen, ein ganzer Chor von Arbeitskollegen schimpfe über ihn. Die Frau machte ihm Vorwürfe und Vorschriften über seinen Lebenswandel. Die Frau habe damals mit dem Teufel einen Vertrag geschlossen. Hörte, auch seine Seele sei geraubt, er habe die Seele seiner Mutter.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganz mit sich beschäftigt. Wenn die Phoneme nachlassen, steht er ihnen kritisch gegenüber, ist aber doch ziemlich ratlos dabei. 1. Dezember. Halluziniert weiter dauernd, stets für sich, abgelenkt, mit den Stimmen beschäftigt. Affekt noch lebhaft. Inhalt der Phoneme stets der gleiche. Ißt mitunter nicht. 31. Januar 1908. Völlig unverändert. Liegt bekümmert da. Affekt nicht mehr lebhaft, spricht sich über Phoneme nicht mehr aus. 15. April. War seither immer gleich geblieben. Verdrossen, häufig unter der Decke versteckt. Immer nach einiger Zeit Steigerung der Phoneme, setzt dann mehrere Tage die Nahrungsaufnahme aus, weil die Stimmen ihm keine Ruhe lassen. Inhalt wie früher. Ohne jedes Interesse für die Umgebung. 20. Mai. In Intervallen von 2—3 Wochen verweigert Patient für 1—2 Tage die Nahrung, fängt dann immer wieder von selbst zu essen an. 15. Juni. Noch immer die Stimmen der 3 Männer, die ihn dauernd bedrohen. Mitunter noch wieder Angst mit Schweißausbruch. Gegen die Frau ablehnend, sie halte es mit einem jungen Burschen. In der Anstalt ganz abgeschlossen, spricht mit niemandem. 30. Juni. In die Pflegeanstalt überführt. Dort bisher unverändert.

Hier bestanden also schon früher Ohnmachtsanfälle. In einem Delirium $2^1/_2$ Jahre vor der jetzigen Erkrankung traten Krampfanfälle auf. Dem jetzigen Ausbruch geht schon einige Tage ein kurzer deliranter Anfall voran, er selbst beginnt auch mit einem Gemisch von deliranten und halluzinatorischen Symptomen. Neben den typischen Halluzinationen der Alkoholisten zeigen sich phantastische Beimengungen mit religiösem Anstrich. Pat. sieht Gott als Taube, hört Gottes Stimme, glaubt seine Seele dem Teufel verschrieben zu haben; er soll zur Hölle fahren. Die Erscheinungen lassen für Stunden ganz nach, wobei er gegen den Inhalt der Stimmen sich kritisch zeigt, aber doch zu keiner Einsicht kommt. Die Krankheit protrahiert sich, Patient liegt schließlich immer abgelenkt, von Stimmen in Anspruch genommen im Bett. Affekt zumeist nicht lebhaft, aber von Zeit zu Zeit treten nur immer wieder Steigerungen ein mit lebhafterer Angst, Reizbarkeit, unwirscher Ablehnung, während er in den Zwischenzeiten über den Inhalt der Stimmen wohl nur ungern spricht, verschloseen ist, aber doch auf Fragen ruhig antwortet. In solchen Zeiten ißt er dann auch nicht, weil ihm die Stimmen keine Ruhe lassen. Solche Verstimmungen kommen alle paar Wochen für 2—3 Tage wieder. Diese Periodizität, die religiös gefärbte Phantastik und die früheren Ohnmachtsanfälle weisen auf die degenerative Komplikation hin. Außerdem aber kommt für den chronischen Verlauf wieder das Senium präcox in Betracht


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patient ist bei seinen 54 Jahren fast ganz weiß, die Arterien sind gespannt. Die alkoholistische Bedingung aber kann man bei der Entstehungsweise und der hauptsächlichen Symptomatologie wohl zugeben. Die degenerativen Erscheinungen im eigentlichen Sinne kommen auch, von den früheren Ohnmachten abgesehen, gerade während der alkoholistischen Erkrankungen zutage, sonst zeigte er die letzten Jahre wesentlich alkoholistische Züge, sehr starken Trunk, Eifersucht, Erregungszustände; ein Delirium ist vorangegangen. Der Fall zeigt eben, wie unter Kombination der Ursachen in Verlauf und Symptomen atypische „Mischpsychosen" entstehen.

Als Alkoholpsychose kann man sie nur schwer bezeichnen, wenn sie auch durch den Alkohol direkt ausgelöst ist. Denn schon der Beginn ist atypisch, es zeigen sich gleich ungewöhnliche Symptome, und der Verlauf wird chronisch, Ohnmachtsanfälle aber gingen schon lange voran, es wirken also wohl von vornherein schon die verschiedenen Ursachen zusammen. Die kombinierenden Momente aber liegen hier ziemlich klar. Gerade in solchen Fällen muß auf die abweichenden Symptome großes Gewicht gelegt werden, weil wir eben auf die Symptomenbilder bei der Diagnostik infolge der Häufigkeit der halluzinatorischen Symptomenkomplexe und der ungenügenden Kenntnisse ätiologischer Zusammenhänge angewiesen sind. In solchen Fällen aber verraten die Symptome, welche sonst auch ohne deutlich nachweisbare Komplikationen vorkommen, ihre Art und Herkunft. Daß sich also in Fällen mit außergewöhnlichen Symptomen und chronischem Verlauf die komplizierenden Momente nachweisen lassen, verleiht ihnen besondere Bedeutung.

Es wäre ja die Auffassung möglich, daß die Beschränkung der Alkoholhalluzinosis auf die Fälle mit Gehörs- und Gesichtstäuschungen und allenfalls geringen Hautsensationen nur auf die leichtesten Fälle gegründet ist. *Goldstein*[4] macht auch diese Annahme. Er wollte im Hinblick auf die Berechtigung, chronische Psychosen auf den Alkohol zu beziehen, untersuchen, welche atypischen Symptome bei akuten noch vorkommen. Er betrachtete dazu Krankheitsbilder, welche in völlige Heilung übergingen und in den Hauptcharakteren mit den typischen Alkoholpsychosen übereinstimmten. Bei solchen kamen nun selten Geruchs- und Geschmackshalluzinationen vor, selbst hypochondrische Sensationen. Er meint also, daß diese auch bei rein alkoho-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

listischen Psychosen vorkommen können; wenn sie aber von schlechter Prognose seien, indem gerade solche Fälle zumeist einen chronischen Verlauf nehmen, so liege das daran, daß die Beteiligung der tieferen Sinne auf eine schwerere Erkrankung hinweise, die eben auch schwerer zur Heilung komme. Das ist aber nur eine Annahme; was jedoch die Beobachtung lehrt, ist, daß diese seltenen Symptome gewöhnliche Krankheitserscheinungen in andersartigen, nicht alkoholistischen Psychosen sind. Dazu gehören die degenerativen Zustände, bei denen Halluzinationen der tieferen Sinne und hypochondrische Sensationen ganz häufige Bestandteile sind. Hierbei kommen auch akute heilbare Psychosen vor, welche in Entstehung und Verlauf den alkoholistischen ganz gleichen und mitunter auch in den Symptomen nahe kommen. Berücksichtigt man dies, so erscheinen die Kriterien *Goldsteins* als Beweis für die rein alkoholistische Natur der Erkrankungen nicht hinreichend. Außerdem sehen wir ja so oft alkoholistischen Psychosen degenerative Züge beigemischt. Je öfter einem aber solche scheinbar atypische Alkoholhalluzinosen begegnen, um so mehr überzeugt man sich, daß dann in fast allen Fällen mit nur verschwindenden Ausnahmen bei den Individuen außerdem noch selbständige degenerative Erscheinungen epileptischer oder hysterischer Art irgendwann einmal aufgetreten sind. Es ist, wie das ja auch zu erwarten ist, ganz ähnlich wie beim Delirium. Bei der großen Anzahl typischer Delirien fallen nur ungewöhnliche Erscheinungen mehr auf. Dann sind auch die Übergangsformen zu den Fieber- und Infektionsdelirien, wie andererseits zu den epileptischen, genügend bekannt, um auch einzelne Verunreinigungen des typischen Bildes richtig zu beurteilen selbst in den seltenen Fällen, wo ein komplizierendes Moment sonst nicht aufzufinden ist. Bei der Halluzinosis ist das schwieriger, weil die typische Alkoholhalluzinosis überhaupt eine seltene Erkrankung ist, halluzinosisähnliche Erkrankungen auf degenerativer Basis dagegen nicht selten, und weil auch diese ganz enge Beziehungen zum Alkohol haben.

Nicht nur, daß der Alkoholismus bei den Degenerierten ja so verbreitet ist, sondern der Alkohol löst in der Tat auf degenerativer Basis Psychosen aus, die mitunter der Alkoholhalluzinosis sehr ähnlich sind und eben nur richtig gedeutet werden können, weil die erwähnten eigenartigen Symptome es ermöglichen. Umgekehrt macht aber der Alkohol oft erst eine bisher schlummernde Anlage manifest,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

so daß auch einmal während einer Alkoholpsychose zum ersten Male ein degeneratives Symptom auftauchen kann.

Ein Beispiel für die erwähnten durch Alkohol ausgelösten Halluzinosen gibt folgender Fall:

30jähriger Kutscher, aufgenommen 18. April 1906. Potus täglich für 50 Pf. Nordhäuser und einige Biere. Körperlich ohne Besonderheiten. Auf der Reise von B. hierher am 15. und hier besonders stark getrunken. In der Nacht vom 17. zum 18. April plötzlich starkes Zittern und lebhafte Angst, glaubte eine Stimme aus seinem Innern zu hören, merkte, daß es der Satan sei, der bald im Hosenbein, bald in seinem Leibe stecke und auf ihn schimpfe: „Du Lümmel, Du Mistjunge! Du gehörst in die Hölle! Dich halte ich fest!" usw. Habe schon einen Schaden am Körper getan, so daß ein Hode verloren sei. Andere Stimmen fehlen. Auch hier große Angst, sitzt ängstlich gespannt im Bett. Nachts auf Hypnotika geschlafen. Am 19. weiter halluziniert; aber nur zeitweise starker Affekt, zeitweise schon zweifelhaft über die Realität der Stimmen. Völlig orientiert. Keine Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Kein Gedächtnis- oder Intelligenzdefekt. Am 20. abends Stimmen nur noch leise, wie aus weiter Ferne. Am 21. ganz frei und einsichtig. Blieb es auch weiter. Der Zustand sei plötzlich entstanden, nachdem er mehrere Tage stark getrunken und wenig geschlafen hatte. Inhalt der Stimmen nur Beschimpfungen und Bedrohungen. Wenn die Stimme im Bauche war, dabei ein Gefühl von Gurren im Leibe umherziehend. Der ganze Zustand dauerte 4 Tage. Als Kind Krämpfe, wie er von der Mutter weiß. 17. Mai geheilt entlassen.

Eine Alkoholhalluzinosis ist dieses Symptomenbild freilich nicht. Es besteht nur eine Stimme, die dem Teufel zugeschrieben wird und im eigenen Leibe sitzt; daneben auch geringe hypochondrische Vorstellungen, also Charaktere, wie man sie bei epileptischen Psychosen öfters findet; in der Kindheit hatten auch Krämpfe bestanden. Aber seitdem waren epileptische Störungen nicht mehr aufgetreten, auch nie eine Geistesstörung; die Psychose trat nach langjährigem starken Potus unter gesteigerten Exzessen auf, also wie man es auch oft bei der Alkoholhalluzinosis hört; sie brach ganz plötzlich aus, ging mit völliger Orientierung und Klarheit einher, im Vordergrund des Symptomenbildes standen Gehörshalluzinationen, beschimpfende und drohende, Angst und Angstvorstellungen; sie heilt bei Abstinenz rasch ab. Also bei latenter Epilepsie wird durch den Alkohol eine kurze Halluzinosis ausgelöst, die der alkoholischen in vielem gleicht, insbesondere in Entstehungsart und Verlauf, aber doch starke sympto-

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

matologische Abweichungen zeigt. Sind diese so deutlich und charakteristisch, so wird man an der Kombination nicht zweifeln. — Die Deutung eines anderen Falles wird darum auch keine Schwierigkeiten machen, in welchem die Trunksucht ausgesprochen dipsomanen Charakter trug, und die psychischen Störungen sich im Anschluß an diese Anfälle entwickelten. Hier bestand, neben einer ganz alkoholistisch aussehenden Halluzinosis mit völliger Orientierung, überwiegenden Gehörshalluzinationen (bei nur geringen optischen) und Sensationen, zeitweilig unklare Auffassung der Situation, motorische Erregung, religiöse Größendelirien und ein Bewußtseinszustand, der der typischen epileptischen Störung entsprach, nämlich das lebhafte Auf- und Abschwanken der Luzidität und bei anscheinend erhaltener Luzidität doch eine Diskontinuität des Bewußtseins, die sich in großen Gedächtnisausfällen nachher kund tat. Diese Charaktere sichern die Annahme eines epileptischen Mischzustandes, wenn auch Krampfanfälle hier nie vorgekommen waren. — Oder wenn man bei einer akuten Psychose bei einem schweren Alkoholisten phantastische, etwa religiöse Größenvorstellungen, hypochondrische Sensationen und wahnhafte Umdeutungen findet, so wird man darin die Übergänge zu den eigentlich degenerativen Psychosen, bei denen solche Komplexe häufig sind, anerkennen. Wichtig aber ist, daß wir auch bei geringen Abweichungen von dem typischen Bilde der Alkoholhalluzinosis daneben selbständige degenerative Symptome angetroffen haben.

Josef Sch., Arbeiter, geb. 17. März 1871.

Familienanamnese o. B. Starker Trinker, bis 80 Pf. täglich gewöhnlichen Spiritus. Seit Jahren Krämpfe, besonders wenn ihm Schnaps fehlt: Erbrechen, legt sich hin, Gliederzucken, Schaum vor dem Mund. Dauer 10 Minuten; weiß von den Anfällen. Immer sehr eifersüchtig gewesen.

Hat schon vor einigen Wochen Stimmen gehört, auch allerlei gesehen, das ging wieder vorbei. Seit 8 Tagen wieder angefangen. Daher ins Krankenhaus, von dort hieher.

1. Aufnahme 17. Dezember 1904. Klar und orientiert. Körperlich ohne Besonderheiten. Höre seit ein paar Tagen sprechen, wie eine Männerstimme, Beschimpfungen, unanständige Redensarten, die immer wiederholt werden. Außerdem Geräusche, wie Schnarchen. Daneben Sensationen. ein Anhauchen, und als ob eine Katze am Bein in die Höhe krieche. Auch seine Gedanken würden laut ausgesprochen. Hält das Ganze für einen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Spuk. Kein lebhafter Affekt, nur mag er nachts nicht im dunklen Zimmer schlafen. Tagüber kann er durch Beschäftigung und Unterhaltung die Stimmen etwas unterdrücken. Die Erscheinungen ließen hier auch rasch nach, er wurde aber noch ungeheilt am 17. Februar auf Antrag der Frau entlassen. Arbeitete, hörte aber wieder die Stimmen, in der letzten Zeit wieder stark getrunken, wieder einmal Krämpfe, danach Verschlimmerung und Angst. Daher am 18. Juni 1905 wieder aufgenommen. Diesmal starker Affekt, drängt fort, große Angst vor den halluzinierten Drohungen. Eine schwarze Katze krieche an ihm herauf, das sei der Teufel. Viel unanständige Redensarten werden ihm zugerufen. Die ersten Nächte ohne Schlaf, später Schlaf mit Hypnoticis. Anfang Juli frei. Gelangt zur Einsicht, gibt dem Trinken schuld. Hält sich ganz geordnet und arbeitet fleißig. 8. August entlassen. Hielt sich draußen eine Zeitlang mit dem Trinken. Infolge eines Streites aber begann er wieder damit. Kam freiwillig am 24. Oktober in die Anstalt, weil er wieder eine Unruhe wie bei den früheren Erkrankungen spürte und den Ausbruch einer solchen fürchtete. Blieb aber frei. 1. November 1905 entlassen.

4. Aufnahme: 17. August bis 23. August 1906. Kurzer Mischzustand. Hatte wieder viel getrunken, besonders in der letzten Zeit, mehrmals die Krämpfe gehabt. Bei der Aufnahme orientiert, erzählte, er habe zu Hause Flaschen tanzen, Katzen gesehen, die sich in Menschen verwandelten, alle sprachen zu ihm. Es wurden ihm Befehle erteilt. Wenn er mit anderen sprach, sprachen die Stimmen dazwischen. Es hallte durch die ganze Stadt. Auf dem Wege hierher hieß man ihn die Zigarre wegwerfen, die Stieftochter zum Wagen hinauswerfen u. ä. Es sind Unbekannte, die teils ihm gut zureden, teils drohen, ihn umzubringen, wenn er ihnen nicht folge. Hier ebenfalls Stimmen und Gestalten, nachts „wurde ihm ein Theater vorgemacht". Er verlor die Einsicht, die er zuerst besessen; er werde hier verfolgt, von denselben Leuten wie draußen. Die zweite Nacht Schlaf, danach frei und einsichtig. Er müsse das Trinken aufgeben, es werde jedesmal schlimmer. 23. August entlassen.

5. Aufnahme: 14. September bis 12. Oktober 1906. 6. Aufnahme: 1. November bis 8. November 1906. Beide Male infolge einfacher Erregungszustände. Ist gegen die Angehörigen jetzt sehr gewalttätig.

7. Aufnahme 21. Februar 1907. Kommt infolge Erregungen, betrunken, aber noch klar. 22. Februar. In der Nacht zwei epileptische Anfälle. 23. Februar. Sieht bei geschlossenen Augen Hunde, Wagen, Menschen, usw. Sausen und Klingeln im Ohr. 24. Februar. Schwitzt, Angst, Tremor. Hört Stimmen und Lieder singen; es springen ihm allerlei Viecher ins Bett. Dabei immer halbe Einsicht. Tremor, Angst und Halluzinationen nehmen immer mehr zu. Hört seine Angehörigen und andere Leute im Nebenzimmer, die die Nacht über gespielt und gesungen haben. Sieht Karnickel, Schlangen usw. Grobe Aufmerksamkeitsstörung.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wisse genau, daß das ein paar Tage daure. 25. Februar. Völlig unorientiert und delirant. Bei Fixierung orientiert er sich oberflächlich. 26. Februar. Nach Schlaf frei. Klar und einsichtig. Bleibt geordnet. 14. März entlassen.

Hier bestehen also schon seit langem Krämpfe. Die erste Psychose ist nach Entstehung und Verlauf sowohl, als in der hauptsächlichen Symptomatologie der Alkoholhalluzinosis sehr ähnlich, doch zeigt sie auch bemerkenswerte Abweichungen. Es besteht wohl völlige Klarheit und Orientierung, es überwiegen die Gehörshalluzinationen, die beschimpfenden und bedrohenden Charakters sind, auch Gedankenlautwerden ist wie oft bei der Alkoholhalluzinosis vorhanden; die Psychose ist akut ausgebrochen, aber doch sehr wenig lebhaft, es fehlt anfänglich ein starker Affekt; erst bei der zweiten Aufnahme kommt der in typischer Weise zum Vorschein, nachdem der Kranke vorzeitig entlassen war und sich draußen wieder verschlimmert hatte. Die Krankheit heilt dann nach einigen Wochen nach im ganzen sechsmonatigem Bestehen aus. Auffallend an der Psychose sind eigenartige Sensationen. Pat. fühlt sich angehaucht, eine Katze klettert an ihm empor, an Stelle der gewöhnlichen Systematisierung tritt angedeutet eine religiöse Erklärung, und die Verschlimmerung draußen geschah im engen Zusammenhang mit erneuten epileptischen Anfällen.

Die späteren Erkrankungen waren einfache alkoholistische Erregungszustände und weiter nicht auffällige Mischzustände zwischen Delirium und Halluzinose.

Ungewöhnlich waren hier die eigenartigen Sensationen und die religiöse Färbung. Geruchshalluzinationen spielten dagegen eine große Rolle in einem Falle, bei dem der Alkoholismus mit traumatischer Degeneration kompliziert war. Die Krankheit begann mit einem pathologischen Rausch, war im allgemeinen der Alkoholhalluzinose ganz ähnlich, nur verlief sie ruhiger, nicht so affektvoll und war außer den Geruchshalluzinationen noch durch die eigenartige Affektlage der Traumatiker und deren paranoide Züge mit Beeinträchtigungsvorstellungen, die vorher schon aufgetreten waren, gefärbt.

Genau der Alkoholhalluzinosis dagegen entsprach bis auf Beimengung hypochondrischer Vorstellungen folgender Fall:

Paul Sch., Schneider, geb. 8. Januar 1877, aufgenommen 3. Januar 190 Anamnese bietet nichts Besonderes. Starker Trinker, 30—40 P täglich, Sonnabends und Sonntags mehr. Keine Infektion. Einmal v


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wochen hingefallen, habe dann gehört, er habe die Krämpfe gehabt. Den Tag vor der Aufnahme plötzlich erkrankt. Es fing an zu sprechen. erst das, was er dachte, dann Beschimpfungen und Drohungen. Sei auch angespritzt worden. In der Anstalt orientiert und klar. Grober Tremor und sonstige Zeichen des chronischen Alkoholismus, sonst körperlich o. B. Gibt ordentlich Auskunft, aber fortwährend abgelenkt. Starke Angst; wehleidiges Wesen. Hört Mutter, Bruder, Stiefbruder usw. Er sei angeklagt wegen Meineids; es sei etwas vorgelesen worden. Antwortet den Stimmen. Keine optischen Halluzinationen, aber hypochondrische Sensationen: Der Leib sei so dick. War alles schon voll Wasser. Das Herz sei schon ganz oben. 6. Januar. Hört dauernd über sich sprechen, manchmal wird er auch direkt angeredet. Oberflächliche Systematisierung. Der Staatsanwalt, der Polizeikommissarius seien da, er solle homosexuell veranlagt sein, man habe es an seinem Gliede gesehen, das sei aber nur vom Anspritzen hergekommen. Sehr starker Affekt. Verläßt mitunter vor Angst das Bett, weil er aus der Wand sprechen hört. Zeitweilig Nachlaß der Phoneme, dann sogleich freier, relativ heiter. Bei Besprechung der Halluzinationen etwas verlegen. Schlief bisher nicht. 9. Januar. Phoneme lassen an Intensität nach, sonst unverändert. 13. Januar. Frei von Phonemen. Geordnet. 22. Januar. Dauernd frei und geordnet geblieben. Gute Einsicht. Gab an: schon vor Wochen kam es ihm einmal vor, als ob es auf ihn regne. Keine Intelligenzstörung. Geheilt entlassen.

Die Halluzinosis ist sonst typisch, nur treten im Beginn kurz einige hypochondrische Vorstellungen auf. Es war der Psychose einige Wochen vorher ein epileptischer Anfall vorhergegangen, man wird also die Komplikation auf eine epileptische Anlage beziehen können, um so mehr, als auch die Wehleidigkeit des Kranken und die Form der hypochondrischen Ideen ganz an die in epileptischen Psychosen erinnern.

Hier scheint die epileptische Anlage, wie es ja öfters vorkommt, erst durch den Alkoholismus manifest geworden zu sein. Es treten aber bei langjährigen Trinkern oft erst in den späteren Lebensjahren epileptische Erscheinungen auf, und dem Alkohol wird dann eine wesentlichere Rolle bei ihrer Erzeugung zugeschrieben, sei es, daß man die Erkrankung als Spätepilepsie mit der Arteriosklerose als Mittelglied oder als sogenannte habituelle Epilepsie der Trinker im Sinne *Bratzs* oder endlich als wirkliche Alkoholepilepsie auffaßt. Die Symptome sind aber von der genuinen nicht verschieden, und so können eben im Verlauf des Alkoholismus erst sekundäre degenerative Kom-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

plexe entstehen, welche sich den alkoholistischen Symptomenreihen hinzugesellen und sie modifizieren. Man betrachte daraufhin folgende Beobachtung:

Ferdinand S., Arbeiter, geb. 16. November 1858.

Vom Schuhmacher zum Tagelöhner heruntergekommen. Vertrinkt in den letzten Jahren alles. Sehr erregt und reizbar. Eifersüchtig. Verdächtigt die Frau mit dem eigenen Sohne. Bedroht sie mit dem Messer. Patient trinkt alle 4 Wochen ein paar Tage lang sehr stark. Wenn er dann aufhört, kommen Stimmen, die mehrere Tage anhalten. ist ängstlich. Das ist schon mehrfach vorgekommen. Längere Störungen zum erstenmal 1903 (14 Tage) und 1904. Hiesige erste Aufnahme 11. Dezember 1905. Schon eine Woche lang zu Hause Stimmen gehört; Angst, solle umgebracht werden; fühlte einen elektrischen Strom durch die Wände. Hört, daß seine Frau sich mit einem Onkel abgebe, er solle ihr den Kopf abhacken usw. Der Onkel trachte ihm nach dem Leben.

In der Anstalt orientiert, große Angst, schwitzt. Phoneme und Sensationen. Der Onkel und die Frau besprechen sich, ihn umzubringen, drohen und beschimpfen ihn. Habe schon einmal vergifteten Schnaps bekommen, habe es am Geschmack gemerkt. Ein Nachbar, dem er nie etwas getan, helfe ihnen. Zu Hause habe man einen elektrischen Strom in seinen Körper geleitet, auch hier fühle er einen solchen von der Lampe ausgehen. — Tremor. Lebhafte Reflexe. Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln. Leber vergrößert. — Allmählich ließ die Angst und dann auch die Stimmen nach. Nur nachts noch leise Stimmen und Ticken einer Uhr, wie von seiner Uhr zu Hause. Schlief mit Hypnoticis. Anfang Januar 1906 ganz frei. Einsichtig. 3. Februar entlassen.

2. Aufnahme 29. Januar 1908. Infolge eines heftigen Erregungszustandes betrunken eingeliefert. Mürrisch, übel gelaunt. Voller Eifersuchtideen und Mißtrauen gegen die Frau. Gibt nur widerwillig Phoneme zu. Anfang März freier, spricht sich besser aus: Gibt selbst über seine Krankheit folgende Schilderung. Seit einigen Jahren Schwindelanfälle. Fand sich auch auf der Erde liegend, weiß aber nichts von Krampfanfall. Auch viel Kopfschmerzen. Trinke für gewöhnlich für 20 Pf. Alle 4 bis 6 Wochen, wenn er stärker trinke, kommen jetzt Zustände, die eine oder mehrere Nächte anhalten. Er wird von einer Maschine aus der Nachbarwohnung elektrisiert. Es komme ihm der Strom wie ein Dunst in den Mund. Höre dabei sprechen, zumeist die Stimme seiner Frau: „Da werden wir noch einen neuen Stahl einlegen.“ Drohungen und Schimpfereien. Große Angst. Am Tage ist Ruhe.

Hier diesmal die ersten 3 Tage einige Stimmen, aber kein Elektrisieren. Seitdem frei, doch öfters Herzbeklemmungen. Hat für diese Erscheinungen Einsicht, es mache ihm nur etwas vor. Eifersuchtideen festgehalten. 25. April entlassen.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Juli 1908 nochmals wegen heftiger Gewalttätigkeit gegen die Frau — suchte sie mit der Axt zu schlagen — eingeliefert. Bei der Einlieferung stark betrunken. Am zweiten Tage bricht ein teils stark ängstlich gefärbtes, teils Beschäftigungsdelirium aus, das zwei Tage anhält. Dann frei. 18. September 1908 entlassen.

Bei einem langjährigen starken Trinker treten also in den letzten Jahren erst Schwindelanfälle auf, vielleicht auch Krampfanfälle: Pat. fand sich an der Erde liegend; die Trunksucht nahm dipsomanische Züge an. Die Psychosen gleichen auch hier der Alkoholhalluzinosis, auffallend ist nur ein starkes Hervortreten der Sensationen, eine Andeutung von Geschmackshalluzination. Es ist das jedenfalls nicht ohne Bedeutung, da wir sehen, daß die Psychosen in so enge Beziehung zu den degenerativen Erscheinungen treten in dem häufigen Rezidivieren im Anschluß an die alle paar Wochen auftretenden stärkeren Trunkperioden. Die Erscheinungen sind dabei allerdings gelinde, hauptsächlich nachts und dauern nur kurze Zeit. Bei diesem häufigen Rezidivieren kann man aber doch denselben Faktor wirksam erkennen, wie bei den anfallsweisen Verschlimmerungen oder Neuaufflackern des Prozesses bei gewissen chronischen Verlaufsformen des „halluzinatorischen Schwachsinns."

Aus dem früheren Leben sind epileptische Erscheinungen hier nicht berichtet worden. Der Mann ist aber bei Ausbruch der Psychosen 47 Jahre alt, neben den alkoholistischen Organveränderungen weist er Verkalkung der peripheren Gefäße auf. Also wohl ein Fall jener spätauftauchenden Epilepsie.

Die alkoholistischen Psychosen jedoch, die auftreten, werden deutlich davon beeinflußt. Auf dieselbe Weise können nun auch anfangs typische alkoholistische Psychosen durch solche spät auftretende degenerative Erscheinungen modifiziert werden. Daß diese aber zum ersten Male in einer alkoholistischen Psychose ans Tageslicht treten können, wie ihre Entstehungsart nun sein mag, lehrt eine Psychose, welche darum noch bemerkenswert ist, weil hier die zum ersten Male während einer akuten Alkoholhalluzinosis auftretenden hysterischen Symptome bestehen bleiben, während die Psychose heilt:

Artur K., Kaufmann, 40 Jahre, aufgenommen 26. Juli 1901.

Ein Bruder ist geisteskrank, sonst Familienanamnese o. B. Pat. selbst war bis auf eine Ischias vor 5 Jahren stets gesund. Insbesondere


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiß die Frau nichts von Krämpfen. Kurze Zeit nach der Hochzeit ein Abort. Für Infektion keinerlei Anhaltspunkt. Pat. war Kaufmann, in den letzten Jahren Provisionsreisender. Trank als solcher viel. War zuweilen erregt, schlug die Frau. Hatte die letzten Tage viel umherzulaufen und trank sehr viel. Die Nacht vor der Aufnahme plötzlich erkrankt, schon mehrere Nächte vorher schlecht geschlafen. Verlangte nachts von der Frau, sie solle das Fenster schließen, es kämen Schutzleute, ihn zu holen. Am andern Tag ging Ref. mit dem Manne in einen Biergarten an der Promenade, er hatte aber keine Ruhe, sah immerfort nach der Tür, lief plötzlich weg und sprang ins Wasser. Herausgezogen verlangt er selbst ins Krankenhaus.

Glaubte anfangs im Gefängnis zu sein, orientierte sich aber bald. Ganz klar und geordnet in seinen Angaben. Stark ausgesprochene alkoholistische Zeichen. Tremor der Zunge und Hände, Muskelschmerzhaftigkeit, Ataxie, Romberg. Daneben Dermographie. Lebhafte Reflexerregbarkeit, große Hyperästhesie.

Steht andauernd unter dem Einfluß von Phonemen. Anschuldigungen schwerer Art, „es wurde auf der Straße von Einbrüchen herumgeschrien", „ich habe mein Lebtag keinen Einbruch gemacht". Habe sich infolge der Beschuldigungen das Leben nehmen wollen. Sofortige Systematisierung, das sei der Racheakt eines Reisenden, dem er noch 26 M. schuldig sei, die er nicht bezahlen konnte. Hört die Stimmen seiner Angehörigen und viele fremde Stimmen: er wird gerufen; es wird ihm gesagt, seine Frau sei tot, die Mutter sei gestorben, hört draußen ihr Testament verlesen; sein Bruder sei im Gefängnis; es würden Wechsel mit seiner Unterschrift präsentiert, er habe Bestellungen gemacht und solle zahlen usw. Besonders aber Beschuldigungen, fürchtet beständig, ins Gefängnis abgeholt zu werden. Starkes Beklemmungsgefühl auf der Brust. Schlief die ersten Nächte gar nicht, später mit Schlafmitteln. 1. August. Ängstlich verdrossen, spricht sich über Halluzinationen weniger aus. Über Zeit und Dauer seines Aufenthaltes nicht genau orientiert. 2. August. Klagt über Appetitlosigkeit, ißt wenig. Halluziniert weiter, spricht sich aber wenig aus. Heut plötzlich erregt, schrie, man wolle ihn vergiften. 20. August. Hysterischer Anfall. Tonischer Streckkrampf. Reagierte auf Reize und Aufforderungen, versuchte die Augen krampfhaft zu öffnen, was nicht gelang. Gibt zu, noch Stimmen zu hören. Geht in den Garten. 30. August. Hatte Erbrechen, setzte sich plötzlich gegen die Pfleger, die ihn ins Bett bringen wollten, zur Wehr. Wußte nachher nicht, was mit ihm geschehen. 6. September. Angeblich frei von Stimmen, aber ganz uneinsichtig. Ruhiges Verhalten, freier Gesichtsausdruck. Freundlich gegen die Frau, die er vorher öfters ablehnte. — Bleibt noch längere Zeit unfrei, oft verdrossene finstere Miene. Keine Einsicht für die Erkrankung. Hält sich aber geordnet. 24. Oktober. Keine rechte Einsicht, sei nervös gewesen, ein Teil der Stimmen vielleicht



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einbildung, es hätte doch von den Leuten geredet sein können. 28. Oktober 1901, gebessert entlassen.

Bei späterem Aufenthalt äußert er sich völlig einsichtig, Stimmen schienen ihm die von Bekannten, unterhielten sich über ihn. Im wesentlichen Beschuldigungen. Schienen aus den Heizlöchern zu kommen. Hatten vor seiner damaligen Entlassung aufgehört.

Späterhin war der Kranke noch viermal für mehrere Wochen bis 1 Jahr hier, ist auch jetzt wieder seit ³/₄ Jahren in der Anstalt. Die Ursache seiner Einlieferung waren Erregungen auf alkoholistischer Basis und Wutzustände. Auch in der Anstalt kehrten solche wieder, immer auf irgend welche psychische unangenehme Einwirkungen hin. Es waren zum Teil ausgesprochene hysterische Krampf- und Dämmerzustände von einer Dauer von einigen Stunden. In der Zwischenzeit hält er sich ganz geordnet, klagt aber andauernd über eingenommenen Kopf, Schwindelgefühl, Schreckhaftigkeit, schlechten Schlaf, Mattigkeit. Sonst außerhalb der Anfälle ganz klar, geordnet, ohne jedes Anzeichen einer Psychose, nur etwas stumpf. Für die frühere Erkrankung völlige Einsicht. Gibt bestimmt an, nie vor seiner ersten Erkrankung solche Anfälle wie jetzt gehabt zu haben, auch nicht in der Kindheit.

Also eine akut aufgetretene Psychose bei einem starken Trinker, der psychische Störungen bis dahin nicht gehabt hatte. Sie entspricht in Beginn und Symptomatologie von Anfang an durchaus der Alkoholhalluzinosis, heilt auch nach einigen Wochen aus, es tritt völlige Einsicht nach der vorzeitig erfolgten Entlassung ein. Gegen Ende der Psychose zeigen sich nun, ohne daß der Ablauf der Erkrankung sonst irgendwie beeinflußt würde, als etwa, daß die Einsicht verzögert erschien, hysterische Anfälle und hypochondrische Beschwerden nach Art der hysterischen, die früher nach dem übereinstimmenden Urteil des Kranken und seiner Frau nicht bestanden hatten. Nun aber schwinden sie nicht mehr. Der Kranke, welcher weiter trank, wegen Trunksucht entmündigt wurde, und auch im Blaukreuzverein gewesen war, kam später noch mehrmals wegen alkoholistischer Erregungen in die Anstalt. Während die alkoholistischen Zeichen schwanden, traten auch in der Anstalt von Zeit zu Zeit, immer infolge irgend welcher Erregungen, also ausgesprochen psychogen, hysterische Anfälle und Dämmerzustände deliranter Färbung auf. Während einer Alkoholhalluzinosis also — von den interkurrenten hysterischen Anfällen abgesehen, ist nichts in der Psychose, was sie davon unterscheiden würde — treten zum ersten Male bei dem Kranken die Anzeichen einer


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hysterischen Psychopathie zutage, die bestehen bleibt und nachher selbständig ihre Erscheinungen macht. Es hat hier ganz den Anschein, als ob durch die Veränderungen der akuten Psychose selbst, wie man es bei anderen Psychosen ja auch sieht, hysterische Symptome ausgelöst würden, nur daß hier eine dauernde Minderwertigkeit des Organs zurückbleibt. Ob man nun aber den akuten Veränderungen oder dem chronischen Alkoholismus selbst diese Wirkung zuschreiben will, jedenfalls war vor der Psychose nichts davon aufgetreten. Es läßt also der Zusammenhang hier schon eine Verlaufsform erwarten, daß während einer augenscheinlich typischen alkoholistischen Psychose vorher nicht vorhandene degenerative Momente in Erscheinung treten, die Psychose protrahieren und in der ihnen eigenen Verlaufsweise modifizieren, also so wie es beim halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker beschrieben wird.

Finden sich aber einmal bei einer alkoholistischen Psychose solche Symptome beigemischt, die man von den degenerativen Zuständen her kennt, ohne daß Anzeichen solcher sonst vorhanden wären, so wird man vermuten können, daß sie, wie hier, zum ersten Male auftauchen, und wird auch an die anderen psychopathischen Degenerationen denken, die nicht wie Epilepsie und Hysterie durch auffallende körperliche Erscheinungen leicht kenntlich sind, sondern nur durch psychische Stigmata charakterisiert werden, welche gerade beim chronischen Alkoholismus leicht verdeckt sein können.

Daß aber in unseren Fällen, wo ebenfalls die erwähnten seltenen Symptome in akuten Alkoholpsychosen vorkamen, fast immer noch anderweitige degenerative Erscheinungen zu finden waren, das bestätigt doch, daß diese Symptome hier degenerative sind, und man muß zugeben, daß auch solche akuten atypischen Alkoholpsychosen keine rein alkoholistischen, sondern komplizierte, hier mit degenerativen Symptomen komplizierte Alkoholpsychosen sind. Aber Alkoholpsychosen, wozu das ganze klinische Bild sie stempelt, bleiben sie trotzdem; derartige Beimengungen können ebensowenig wie spätere Abänderungen einer anfangs typischen Psychose durch degenerative oder arteriosklerotische Komplikationen als Beweis angesehen werden, daß die Psychosen nicht von vornherein alkoholistische gewesen sind. Sie sind es zum mindesten so, wie ein Delirium tremens, das durch geringe epileptische Beimengungen kompliziert ist, oft noch viel mehr,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da eben die Komplikationen, wie die degenerativen erst durch den Alkohol manifest geworden, wie die arteriosklerotischen sogar durch ihn hervorgebracht sein können. Wollte man sagen, dabei wirke der Alkohol nur auf Umwegen, er sei nicht die alleinige und direkte Ursache, so ist daran zu erinnern, daß man ja auch für die Entstehung des Delirium tremens den Umweg über ein durch den Alkohol erzeugtes Stoffwechselgift annimmt, und für den Ausbruch auslösende Ursachen mit verantwortlich macht. Von der Halluzinosis aber weiß man noch gar nicht, ob sie auf demselben Wege oder auf welchem sie entsteht. Doch jedenfalls sind die intoxikatorischen Momente, welche dem Delirium tremens zugrunde liegen, spezifische, während die Veränderungen der Gefäße, Involutionserscheinungen usw. Nebenumstände sind, die dem Alkoholismus zwar auch zukommen, aber doch hauptsächlich anderen Schädlichkeiten als typische Folgen angehören.

Wenn sich also auch die chronischen Halluzinosen als komplizierte erweisen, was sie durch abweichende Symptomenbilder dartun, so sollten sie ebensowenig wie die komplizierten akuten mit den typischen durch einen Namen vereinigt werden, denn die Bezeichnung „akute Alkoholhalluzinosis" stellt doch eben gerade wie „Delirium tremens" den Namen für einen bestimmten Symptomenkomplex mit charakteristischem Verlauf dar.

Findet man also bei chronischen Halluzinosen, bei denen anzunehmen ist, daß der Alkohol nicht nur auslösend gewirkt hat, bei denen auch nicht von vornherein atypische Erscheinungen anzeigen, daß eine Kombination vorliegt, fernerhin atypische Symptome, so brauchen diese, wenn eine zuverlässige Vorgeschichte, Entstehungsart und Verlauf einen anderen Zusammenhang ausschließen lassen, gegen die alkoholistische Entstehung der Erkrankung nicht bedenklich zu machen, sondern es können eben Komplikationen einer Alkoholpsychose vorliegen, und die Gestalt der atypischen Symptome oder begleitende Nebenumstände werden erkennen lassen, welcher Art die Komplikation ist.

Demnach gebe es keine reinen chronischen Alkoholhalluzinosen? Wenn wir von dem oben mitgeteilten Fall, der in dieser Hinsicht noch nicht genug geklärt erscheinen kann, aber immerhin schon viele Auffälligkeiten bietet, einmal absehen wollen, so habe ich [3] aus unserem großen Material aus zehnjähriger Beobachtungszeit einen

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

einzigen Fall mitteilen können, welcher wirklich in keiner Weise gegen die Auffassung als solcher verstieß, wo weder Komplikationen nicht alkoholistischer Art noch eine bemerkenswerte Änderung des Symptomenbildes zu verzeichnen waren. Ein ganz gleichliegender aus der Literatur ist mir nicht bekannt. Daß dieser Fall chronisch wurde, liegt vielleicht daran, daß der Kranke nicht, wie sonst, bei Ausbruch der Krankheit gleich in die Anstalt kam, sondern draußen blieb und weiter trinken konnte, so daß sich die krankhaften Veränderungen befestigen konnten. Es kam dann noch zu einer weiteren Störung, der *Korsakow*schen, allerdings in leichter Form, die den chronischen Verlauf auch mitbegünstigt haben mag. Also doch auch wieder eine Komplikation, aber eine ebenfalls typisch alkoholistische. Ein solcher Fall wird aber wohl stets nur die Ausnahme sein, denn für gewöhnlich kommen die Halluzinanten sehr früh nach Ausbruch der Störung infolge des starken Affektes in die Anstalt, und die frischen Veränderungen bilden sich bei Wegfall der Ursache schnell wieder zurück. Wenn dann die Erkrankung mehrfach rezidiviert ist, dann können sich inzwischen bei den mannigfachen Zerstörungen des chronischen Alkoholismus weitere Veränderungen ausgebildet haben, welche schließlich die Heilung verhindern und das Krankheitsbild komplizieren. Daher sind atypische Symptomenkomplexe bei chronischem Verlauf selbst sicherer Alkoholpsychosen immer zu erwarten, also nicht nur, wenn die Alkoholerkrankungen schon psychopathische Individuen befallen oder eine Kombination vorliegt. Es ist ja vielleicht nur ein Zufall, daß der eben erwähnte Kranke in die Anstalt kam, ehe sich noch weitere Komplikationen ausbilden konnten. Wird einer erst nach langem Bestehen der Krankheit in die Anstalt gebracht, so wird auch hier eher ein kompliziertes Bild zu finden sein. Während also solche reinen Fälle eine seltene Ausnahme sind, so ist der Fall, daß überhaupt nach mehrfachen typischen Alkoholpsychosen chronische Bilder und zwar abgeänderte entstehen, im Verhältnis zur Seltenheit der Alkoholhalluzinosis überhaupt wohl nicht selten, denn von verschiedenen Beobachtern sind derartige Fälle mitgeteilt worden.

Der Name „chronische Alkoholhalluzinosis“ müßte aber für die reinen Fälle reserviert bleiben, während die atypischen die Bezeichnung „komplizierte Alkoholhalluzinosen“ verdienen. Es ist diese der



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Benennung als „atypische“ vorzuziehen. Sie weist bestimmter darauf hin, daß solche Fälle auf der Mitwirkung noch anderer Momente beruhen, und veranlaßt so, in jedem Fall die Komplikation festzustellen. Indem sie auch weniger streng scheidet als der Ausdruck „atypische Alkoholhalluzinosis“, wird sie der Fülle der Kasuistik mit ihren vielen Übergängen und Mischungen besser gerecht, denn sie stellt die Verbindung her zwischen den typischen Psychosen und den ausgesprochenen Mischzuständen, die ihrerseits als solche zu bezeichnen wären, ganz ebenso wie es beim Delirium geschieht. Neben den typischen akuten Alkoholhalluzinosen findet man also auch komplizierte, akute und chronische, während reine chronische zu den größten Seltenheiten gehören. Einige der verschiedenen Fälle, welche die Beschreibung des „halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker“ noch umfaßt — soweit sie überhaupt aus typisch alkoholistischen Stadien hervorgegangen sind —, die mit mehr einheitlichem Verlauf, würden vielleicht zutreffender als „komplizierte chronische Alkoholhalluzinosen“ bezeichnet werden. Aber für jene wirklich eigenartigen Symptomenbilder, mit dem Hervortreten der Urteilsschwäche, der Stumpfheit und dem ausgesprochen intermittierenden Verlauf paßt der Name „halluzinatorischer Schwachsinn“ besser, nur sind sie eben auch komplizierte Psychosen. Sie stellen übrigens teilweise mehr Defektzustände dar und gehen zum Teil auch nicht aus typischen alkoholistischen Stadien hervor, sondern erweisen sich durch atypische Anfangsstadien von vornherein als Mischzustände.

Aus obigen Ausführungen ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

Sogenannte chronische Alkoholpsychosen, welche von vornherein atypisch sind, sind keine *reinen* Alkoholpsychosen, sondern entstehen aus Vermischung verschiedener Symptomenreihen, sie sind *Kombinationen*.

Es gibt aber auch aus sicheren alkoholistischen Psychosen hervor gegangene chronische Verlaufsformen.

Akute Halluzinosen mit Symptomen, welche von dem typischen Bilde abweichen, sind nicht *rein* alkoholistische.

Der reinen akuten Alkoholhalluzinosis gehören Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sowie hypochondrische Sensationen nicht an. Wo solche in alkoholistischen Formen vorkommen, erweisen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich diese durch anderweitige Erscheinungen als Alkoholhalluzinosen, die durch einzelne degenerative Beimengungen kompliziert sind.

Chronische Psychosen, welche aus sicheren Alkoholhalluzinosen hervorgehen, zeigen sich doch im chronischen Verlauf fast ausnahmlos atypisch, sie beruhen auf Komplikationen, auf noch anderweitigen Veränderungen, für welche der Alkoholismus ebenfalls die Ursache ist. Der Alkoholismus begünstigt die Bildung von Komplikationen, weil er kein einheitliches, pathogenes Moment ist, sondern eine Reihe solcher umfaßt; daher treten bei schweren Alkoholisten oft sehr komplizierte, unklare, auch chronisch verlaufende Psychosen auf.

Insbesondere entwickelt sich fast regelmäßig ein frühzeitiges Senium mit Arteriosklerose, und es werden, vielleicht auch mit ihrer Vermittlung, degenerative Symptome manifest. Beide geben für den chronischen Verlauf alkoholistischer Psychosen die Grundlage ab. Aus dem Zusammenwirken von Alkohol, Organdegenerationen, Arteriosklerose und degenerativen Momenten sieht man mannigfaltige chronische Halluzinosen mit atypischen Symptomen entstehen.

Wenn aber im Verlauf des chronischen Alkoholismus und alkoholistischer Psychosen die Komplikationen selbst abhängig vom Alkoholismus, als Nebenwirkungen entstehen, so können sie nicht gegen die alkoholistische Natur der Psychosen sprechen.

Im Gegenteil, es sind bei chronischem Verlauf nur atypische Bilder infolge dieser Komplikationen zu erwarten. So sehen wir denn insbesondere nach mehrfachen akuten Erkrankungen auftretende progrediente Psychosen, aber auch aus akuten typischen Bildern hervorgehende, solche komplizierte Gestalt annehmen. Reine Symptomenbilder der Alkoholhalluzinosis bei chronischem Verlauf gehören zu den größten Seltenheiten.

Nur diese verdienen den Namen der „chronischen Alkoholhalluzinosis". Atypische müssen als „komplizierte Alkoholhalluzinosen", chronische wie akute, bezeichnet werden.

Sie stellen die Übergänge von den typischen Formen zu den Mischzuständen dar.

Die Krankheitsbilder des „halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker" entstehen ebenfalls aus solchen Komplikationen. Auch hier spielt die Arteriosklerose eine große Rolle. Sie bedingt allein ähnliche



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlaufsformen und wirkt mit degenerativen Momenten zu ihrer Gestaltung zusammen.

Wenn sie aus typischen alkoholistischen Anfangsstadien hervorgegangen sind, würden die mehr geschlossenen mit nur geringen Eigentümlichkeiten eher den Namen der „komplizierten chronischen Alkoholhalluzinosen" verdienen, während der Name, „halluzinatorischer Schwachsinn" zur Charakterisierung der ganz eigenartigen Formen mit Hervortreten der Urteilsschwäche, Stumpfheit, Phantastik und ausgesprochen intermittierendem Verlauf beizubehalten wäre.

Literatur.

1. *Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.
2. *Chotzen*, Über atypische Alkoholpsychosen. Archiv für Psychiatrie. Bd. 41, 2.
3. *Chotzen*, Kasuistischer Beitrag zur Frage der chron. Alkoholhalluzinosis. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1907.
4. *Goldstein*, Ein Beitrag zur Lehre von den Alkoholpsychosen usw. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 64.
5. *Kräpelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl.
6. *E. Meyer*, Über akute und chronische Alkoholpsychosen usw. Archiv für Psychiatrie. 38, 2.
7. *Näcke*, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Archiv für Psychiatrie. Bd. 39, 2.
8. *Schröder*, Über chronische Alkoholpsychosen. Halle, Marhold. 1905.

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher.[1])

Von

Dr. **Hermann Stengel**-Bruchsal und Dr. **Aug. Hegar**-Wiesloch.

I. Referat von Dr. **Herm. Stengel.**

Es ist mir der Auftrag geworden, in der heutigen Versammlung über eine Frage zu berichten, die seit vielen Jahren Irrenärzte und Strafanstaltsbeamte in gleichem Maße beschäftigt, und über die sich im Laufe der Zeit eine umfangreiche Literatur angesammelt hat: über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Es ist eine Frage, deren praktische Lösung, die sich überall sehr dringend geltend machte, in allen Ländern auf verschiedene Weise versucht wurde.

Nachdem ich, um einen Überblick über die Entwicklung dieser Frage und ihren heutigen Stand zu haben, die mir zugängliche Literatur, die sowohl in theoretischer als in praktischer Beziehung eine große Verschiedenheit der Meinungen aufweist, durchgesehen hatte, war ich davon überzeugt, daß ich meiner Aufgabe am besten gerecht werden kann, wenn ich unter Verzicht auf näheres Eingehen auf die Literatur schildere, wie im Großherzogtum Baden die Behandlung der kriminellen Geisteskranken geregelt ist, welche Erfahrungen bei uns gemacht wurden, und wenn ich an der Hand eines konkreten Beispiels die sich dabei von selbst aufdrängenden Gesichtspunkte vom Standpunkt des Strafanstaltsarztes aus erörtere.

Das meinem Referat zugrunde liegende Material besteht aus den von mir seit $3^1/_2$ Jahren beobachteten Kranken des Bruchsaler Strafanstaltsannexes; ferner habe ich noch die Kranken berücksichtigt, die, ohne in diese Irrenabteilung zu kommen, in den Jahren 1905—1908 in den badischen Strafanstalten psychisch erkrankt sind.

---

[1]) Referat, erstattet auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte am 7. November 1908.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die in Ihren Händen befindlichen Tabellen geben über dieses Material eine statistische Übersicht, die eine rasche Orientierung ermöglicht und ein Bild entwirft von den persönlichen Verhältnissen, dem Vorleben, den Delikts- und Krankheitsformen und dem weiteren Schicksal unserer Kranken.

Wenn auch meine Ausführungen und meine Schlußfolgerungen nur Geltung haben für die Verhältnisse eines so kleinen Gebietes wie Baden — für Industriezentren, sehr große Städte mögen wieder ganz andere Maßnahmen am Platze sein —, so glaube ich doch, daß sie zur Klärung unserer Frage beitragen, und hoffe, daß sie Veranlassung geben zu ergiebigem Meinungsaustausch, wodurch das Ganze wieder gefördert werden dürfte. —

Baden hat im Jahre 1864 als erster unter den deutschen Staaten den Versuch gemacht, seine geisteskranken Sträflinge in einer der Strafanstalt angegliederten Irrenabteilung unterzubringen. Ich muß es mir versagen, auf die Geschichte dieser Irrenabteilung einzugehen, die in mancher Beziehung die geschichtliche Entwicklung unserer Frage überhaupt widerspiegelt; ich gehe vielmehr gleich über zur Besprechung der Organisation der neuen im Jahre 1903 eröffneten Bruchsaler Irrenabteilung und damit zur Begründung meiner Thesen.

Der Zweck dieser Abteilung ist, alle während des Strafvollzugs in den vier badischen Zentralstrafanstalten und in den Kreisgefängnissen geisteskrank gewordenen Strafgefangenen und solche, deren Geisteszustand zweifelhaft erscheint, zur Anstellung eines Beobachtungs- und Heilverfahrens aufzunehmen. Die Zuweisung erfolgt auf Antrag der betreffenden Strafanstaltsdirektion durch das Justizministerium; in dringenden Fällen ist eine direkte Verständigung der beantragenden Anstalt, nötigenfalls telegraphisch oder telephonisch, mit dem Landesgefängnis Bruchsal gestattet, und die Genehmigung des Ministeriums braucht erst nach erfolgter Versetzung eingeholt zu werden. Der Aufenthalt in der Abteilung wird natürlich ungekürzt in die Strafzeit eingerechnet.

Die Möglichkeit der raschen Versetzung der Geisteskranken aus dem geordneten Strafvollzug heraus ist von der größten Wichtigkeit und ist der Hauptvorteil, den die Strafanstaltsannexe gegenüber allen andern Arten der Unterbringung geisteskranker Sträflinge voraushaben. Dieser Vorteil wird auch allerseits unumwunden zugegeben


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und in neuerer Zeit insbesondere von *Näcke* [1]), *Bonhoeffer* [2]), *Aschaffenburg* [3]) und *Heilbronner* [4]) betont.

Wer die Schwierigkeiten kennt, die dem Strafvollzug durch das lange Verbleiben der Geisteskranken in den Strafanstalten erwachsen, wer weiß, welch üblen Einfluß die Geisteskranken, auch wenn sie im Lazarett sind, auf die geistig gesunden Gefangenen — und auch umgekehrt — ausüben können, und wie es dann meist unvermeidlich ist, sie zu ihrem eigenen Schutz und zum Schutz der andern Kranken dauernd zu isolieren, wer weiß, wie die Geisteskranken durch diese wegen der Störung nötig werdenden Isolierungen in die heftigste Erregung kommen, und wer es andererseits kennen gelernt hat, wie rasch diese aufgeregten Kranken, einerlei ob es sich um prognostisch günstige oder ungünstige Fälle handelt, sofort nach der Verbringung in andere, ihrem Zustand angemessene Verhältnisse ruhig werden, der ist auch überzeugt von der Notwendigkeit der raschesten Versetzung der Geisteskranken aus dem geordneten Strafvollzug und auch aus dem Lazarett heraus. Bestehen nun keine Strafanstaltsannexe, müssen die Kranken z. B. einer Irrenanstalt überwiesen werden, so bedarf es erst eines umständlichen Berichtverfahrens an beide in Betracht kommende Ministerien, und es vergeht somit nutzlos eine lange Zeit zum Nachteil des Kranken und des regelrechten Strafvollzugs. Dagegen sind die Versetzungsformalitäten in einem Strafanstaltsannex sehr einfach, da ja der betreffende Kranke zunächst nicht aus dem Strafvollzug ausscheidet. Unser Strafanstaltsannex bietet die Möglichkeit, einen in einer Strafanstalt akut erkrankten oder plötzlich störend werdenden psychisch anormalen Gefangenen bei telephonischer Benachrichtigung und sofortiger Einsendung eines hausärztlichen Berichtes bereits am nächsten Tag aufzunehmen und so die Strafanstalt zu entlasten. Wir sehen es als die vornehmste Aufgabe der Irrenabteilung an, jederzeit jeden von den Strafanstalten angemeldeten Kranken sofort aufnehmen zu können. Es kann im

[1]) Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 1902.

[2]) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. VI. Heft 3.

[3]) Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Allg. Teil. I. Bd.

[4]) Monatsschrift für Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform. I. Jahrg. Seite 269.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

badischen Strafvollzug nicht mehr vorkommen, daß ein Geisteskranker trotz des Antrags auf Versetzung in der Strafanstalt gehalten werden muß.

Im Unterschied zu Bruchsal werden in dem sächsischen Strafanstaltsannex Waldheim auch Untersuchungsgefangene aufgenommen, ferner kommen dort auch die von *Günther* [1]) sogenannten „freien Irre" zur Aufnahme, d. h. Geisteskranke mit verbrecherischem Vorleben. Auch die preußischen Gefängnisannexe nehmen Untersuchungsgefangene auf.

Gegen die Aufnahme von Untersuchungsgefangenen und der wegen ihrer Geisteskrankheit straffreien Kriminellen spricht schon die räumliche und administrative Beziehung der Strafanstaltsannexe zu der Strafanstalt; der Strafanstaltsannex ist eine Einrichtung des Strafvollzugs, und infolgedessen sollten Kranke, mit denen der Strafvollzug nichts zu tun hat, auch keine Aufnahme finden. Es entspricht nicht unserem Rechtsgefühl, noch nicht Verurteilte und solche, die wegen ihres Geisteszustandes nicht verurteilt werden können, in einer Abteilung unterzubringen, die mit der Strafanstalt in so enger organischer Verbindung steht. Sie gehören in die Kliniken oder in die Irrenanstalten. Übrigens würden letztere bei uns auch nicht auf die Aufnahme und Begutachtung der Untersuchungsgefangenen verzichten. — Ohne die Untersuchungsgefangenen kann auch der Strafanstaltsannex seiner eigentlichen Aufgabe, stets aufnahmefähig zu sein für die im Strafvollzug Erkrankten, um so besser gerecht werden.

Entlassen werden von uns alle Kranke, deren Strafzeit abgelaufen ist, ohne Rücksicht darauf, ob Heilung eingetreten ist oder nicht.

Die Nichtgeheilten kommen, falls eine Entlassung in Freiheit ohne Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder ohne Gefahr für den Kranken selbst nicht erfolgen kann, in die zuständige Irrenanstalt, also in die psychiatrische Klinik Heidelberg, von wo sie bei weiterer Anstaltsbedürftigkeit je nach ihrem Zustand in die einzelnen Landesirrenanstalten versetzt werden.

Von manchen Seiten wurde empfohlen, um die Irrenanstalten noch mehr zu entlasten, die Strafanstaltsannexe auch dem Pflege-

[1]) Über Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher. Leipzig 1893.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweck im weitesten Sinne dienstbar zu machen und die nicht geheilten, noch anstaltsbedürftigen oder gefährlichen Kranken auch über das Strafende hinaus im Strafanstaltsannex zurückzubehalten, bis eine Besserung oder Heilung eingetreten ist und die Entlassung in Freiheit erfolgen kann. Als einzige deutsche Anstalt verfährt Waldheim nach diesem Prinzip. *Näcke* [1]), der das Prinzip der Zurückhaltung der nicht geheilten oder gefährlichen Elemente über die Strafzeit hinaus am meisten verteidigt, empfiehlt die Errichtung großer selbständiger Gefängnisannexe für 100—150 Personen, in welche alle gefährlichen Kranken, seien sie nun verurteilt oder nicht, u n d die gefährlichen Minderwertigen auf unbestimmte Zeit aufgenommen werden sollen. Solche großen, selbständigen Annexe würden sich in ihrer Art den Zentralanstalten für Kriminelle, wie sie in England, Amerika und Italien bestehen, nähern und würden auch all deren viel beschriebene Nachteile haben.

Die über das Strafende ausgedehnte Festhaltung der Kranken in einem Strafanstaltsannex ist meines Erachtens nicht vereinbar mit unsern Rechtsanschauungen; es widerspricht auch dem ärztlichen Gefühl, diese Kranken womöglich zeit ihres Lebens in erster Linie als Verbrecher anzusehen und abgesondert von andern Kranken in Irrenanstalten zweiter Klasse zu behandeln. Mit Recht sagt *Siefert* [2]): „Diejenigen, die die geisteskranken Verbrecher in Strafanstaltsannexen definitiv unterbringen wollen, versündigen sich an dem Geist unserer Wissenschaft und an dem Geist ärztlicher Humanität."

Diejenigen Kranken, deren Psychose bei Eintritt des Strafendes abgeklungen ist, werden natürlich, falls nicht besondere Gründe dagegen sprechen, in die Freiheit entlassen. Wie ein Blick auf Tab. XI. (s. S. 100) lehrt, handelt es sich fast nur um Epileptiker und Degenerierte. Gerade bei den letzteren fällt die Entscheidung darüber, ob man sie nach Abklingen des psychotischen Zustandes in die Freiheit entlassen kann, recht schwer. Die Wahrscheinlichkeit eines baldigen Rückfalls ins Verbrechen, der sie wieder der den abermaligen Ausbruch einer Psychose begünstigenden Strafanstalt zuführt, ist bei den meisten recht groß, und mit Rücksicht darauf pflegen wir sie nur dann in die

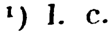
[1]) l. c.
[2]) Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle. 1907.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Freiheit zu entlassen, wenn sich auf dem Wege der Schutzfürsorge ein günstiges Unterkommen für sie findet, oder wenn die häuslichen Verhältnisse eine gewisse Bürgschaft bieten. Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, oder handelt es sich um besonders schwere Degeneration, so entlassen wir die Degenerierten auch nach Abklingen der haftpsychotischen Erscheinungen bei ihrem Strafende meist in die Heidelberger Klinik, von wo sie je nach ihrem Zustand in die Freiheit kommen oder zu weiterer dauernder Verwahrung in eine Irrenanstalt versetzt werden.

Unter allen Umständen suchen wir es zu vermeiden, Gefangene, bei denen sich ein schwerer Grad der Degeneration nachweisen läßt, und solche, die wiederholt schwere Verbrechen, besonders Sittlichkeitsverbrechen begangen haben, aus der Irrenabteilung bei Strafende direkt in die Freiheit zu entlassen.

Tritt die Heilung in der Irrenabteilung längere Zeit *vor* dem Strafende ein, so werden die betreffenden Kranken wieder in die einliefernde Strafanstalt zurückversetzt. Hierbei ist jedoch große Vorsicht geboten; gerade bei den Degenerierten und psychopathischen Persönlichkeiten, die unter dem Einfluß der Strafhaft in einen psychotischen Zustand gekommen waren, der sich bei der Irrenabteilungsbehandlung rasch bessert, stellt sich nach Rückversetzung in die Strafanstalt sehr leicht der alte Zustand wieder ein, der eine Wiederaufnahme in die Irrenabteilung nötig macht. Den Versuch einer Rückversetzung in den geordneten Strafvollzug sollte man trotzdem *immer* machen, wenn längere Zeit keine psychotischen Erscheinungen mehr bestanden haben, und deshalb wäre es sehr zweckmäßig, wenn, wie es auch *Heilbronner* [1]) vorgeschlagen hat, solche Gefangene in der zur Irrenabteilung gehörigen Hauptanstalt probeweise aufgenommen werden könnten, wodurch gewissermaßen eine Prüfung ermöglicht würde, ob die Betreffenden auch wirklich wieder dem normalen Strafvollzug unterzogen werden können. — Manche dieser Degenerierten simulieren, um in die Irrenabteilung zu kommen oder dort zu bleiben, psychotische Symptome, namentlich Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen; in der Irrenabteilung machen sie die gleichen Schwierigkeiten wie in der Strafanstalt; sie sind unbotmäßig,



[1]) l. c.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nörgeln, hetzen; mit dem Hinweis darauf, daß sie doch in einer Krankenabteilung seien, arbeiten sie nur, wenn es ihnen paßt, treiben allerlei Unfug und suchen dem Personal und dem Arzt auf jede Weise die Arbeit zu erschweren. Solche Gefangene sind unter Umständen besser im geordneten Strafvollzug aufgehoben, wo sie durch eine angemessene Strenge eher zu ordentlichem Verhalten gebracht werden können, als in der Irrenabteilung. Die schwierigsten und unangenehmsten muß allerdings die Irrenabteilung behalten und ertragen bis zum Strafende, denn zur Versetzung in eine Irrenanstalt vor Strafende wird die Behörde die Einwilligung versagen.

Vor Ablauf der Strafzeit werden von uns im Unterschied zu der württembergischen Irrenabteilung Hohenasperg alle diejenigen Kranken nach verfügter Strafunterbrechung entlassen, bei denen Unheilbarkeit festgestellt ist.

Schon aus praktischen Gründen halte ich es für zweckmäßig, die unheilbar Geisteskranken, also vor allem die verschiedenen Verblödungsprozesse, aus der Irrenabteilung auszuscheiden; ihr Bleiben könnte dazu führen, daß sich die Anzahl Unheilbarer mit langen Strafen mehr und mehr erhöht, und daß infolgedessen die Abteilung für die in den Strafanstalten frisch Erkrankten nicht mehr aufnahmefähig wird, so daß diese wieder in den Strafanstalten zurückgehalten werden müßten. Man hätte dann wieder den Zustand, den man durch Errichtung der Irrenabteilung beseitigen wollte und mit Erfolg beseitigt hat.

Aber auch psychiatrische Gründe sprechen gegen das Verbleiben der Unheilbaren im Strafanstaltsannex. Im psychiatrischen Sinne kann auch der bestens eingerichtete und trefflichst geleitete Strafanstaltsannex nur als ein Notbehelf gelten, der zur Entlastung der Strafanstalten von den psychisch erkrankten Gefangenen vorzügliche Dienste leistet, der aber keine Pflegeanstalt für Unheilbare, die unter Umständen gar kein Strafempfinden mehr haben, werden soll. Wenn auch die Kranken in der Irrenabteilung sachgemäß behandelt werden können, so sind sie eben doch nicht losgelöst vom Strafvollzug, dessen Geist eine ungünstige Einwirkung wenigstens auf das äußere Verhalten der Kranken hat. Unheilbare Kranke, die voraussichtlich dauernd anstaltsbedürftig sind, gehören unter allen Umständen in die Irrenanstalt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die preußischen Annexe gehen in dieser Hinsicht noch viel weiter wie wir; sie behalten überhaupt alle Kranken längstens auf die Dauer von 6 Monaten und verfolgen den alleinigen Zweck, Gefangene, die sich innerhalb des Strafvollzugs als psychisch erkrankt zeigen, oder deren Geisteszustand zweifelhaft erscheint, einer Beobachtung zu unterziehen und die voraussichtlich chronisch Kranken auf die Dauer ihrer Krankheit aus dem Strafvollzug überhaupt auszuscheiden und mit Strafunterbrechung den allgemeinen Irrenanstalten zuzuweisen, während die voraussichtlich innerhalb kurzer Zeit Heilbaren bis nach eingetretener Heilung im Annex bleiben können.

Zweifellos entspricht die preußische Organisation in dieser Beziehung am allermeisten dem psychiatrischen Empfinden. Sie hat aber den großen Nachteil, daß, wenn in der Irrenanstalt die Heilung eintritt, der betreffende Geheilte wieder in den Strafvollzug zurückmuß zur Verbüßung des Restes seiner Strafzeit, da ja die Strafe unterbrochen worden ist, und deshalb die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit nicht mit in die Strafzeit eingerechnet wird. Die Strafzeit ist infolgedessen um die Zeit der Irrenanstaltsbehandlung verlängert, und es kann aus einer vielleicht nur kurzen Strafe ohne Verschulden des Kranken eine jahrelange Detention in Gefängnis und Irrenanstalt werden.

Aus diesem Grunde halte ich es — wenn auch psychiatrisch nicht für richtig — für praktischer, auch die länger dauernden Fälle, sofern sie nicht von vornherein den Charakter der Unheilbarkeit tragen, länger als zu reiner Beobachtung im Annex zu behalten. Gerade die Degenerierten, um die es sich hierbei fast ausschließlich handelt, bleiben, sofern sie nicht in die Strafanstalt zurückversetzt werden können, am besten bis zum Strafende in der Irrenabteilung, damit der Strafvollzug seinen formalen Abschluß findet.

Die Überführung aller Kranken in die Irrenanstalten sofort nach abgeschlossener Beobachtung ist nur zu befürworten, wenn die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit in die Strafzeit eingerechnet werden kann, d. h. wenn die Unterbrechung der Strafe nicht angeordnet wird.

Bei der bestehenden Gesetzeshandhabung halte ich es sowohl im Interesse der Kranken als in dem des Strafvollzugs für am zweckmäßigsten, wenn der leitende Arzt nicht an eine bestimmte Zeit des Irrenabteilungs-Aufenthaltes gebunden ist, und wenn er die Verblödungsprozesse, die voraussichtlich dauernd Anstaltsbedürftigen, sehr


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bald zur Versetzung in die allgemeinen Irrenanstalten beantragen kann, während die Degenerierten bis zum formalen Abschluß des Strafvollzugs in der Irrenabteilung bleiben können.

Wir haben bisher gesehen, daß die an Strafanstalten angegliederten Irrenabteilungen, sofern sie ihre Kompetenz nicht überschreiten und nur Institute des Strafvollzugs bleiben, in vieler Hinsicht von großem Wert sind: sie entlasten auf möglichst rasche Weise die Strafanstalten von den Geisteskranken, denen mit ihrer Überführung in die Irrenabteilung die richtige Behandlung zuteil wird, sie entlasten aber auch die Irrenanstalten, indem sie eine nicht unbeträchtliche Zahl Kranker, namentlich lästiger Degenerierter, von ihnen fernhalten. Es sind nun auch von mancher Seite abfällige Urteile über diese Strafanstaltsannexe gefällt worden; der eine verwirft sie, weil sie keine definitive Versorgung der geisteskranken Verbrecher ermöglichen und deshalb keine genügende Entlastung der Irrenanstalten bedeuten, der andere umgekehrt macht ihnen den Vorwurf, daß sie die Kranken der zu ihrer Behandlung allein kompetenten Irrenanstalt entziehen. Am bemerkenswertesten ist das Urteil von *Siefert* [1]), auf das ich hier kurz eingehen möchte. *Siefert*, der leitende Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene in Halle, bespricht in seiner schönen Arbeit über die Geistesstörungen der Strafhaft eingehend Vorteile und Nachteile der Strafanstaltsannexe. Den Haupt*nachteil* der Irrenabteilungen der heutigen Form erblickt *Siefert* in der Verquickung von strafanstaltlicher Beobachtungsstation und Heilanstalt, in der unvereinbaren Vereinigung von ärztlichen und strafbeamtlichen Anschauungen und in der stets gegebenen Möglichkeit des Konfliktes zwischen dem Direktor der Strafanstalt und dem leitenden Arzt der Irrenabteilung; besteht, sagt Siefert, zwischen letzteren eine persönliche Harmonie, so läuft der Mechanismus glatt und gibt gute Resultate, während sich mit einem Schlag die Situation ändert, wenn zwischen beiden Konflikte entstehen, infolge deren naturgemäß die an sich nicht sehr tief fundierte *ärztliche* Wirksamkeit zurücktritt, so daß die Kranken wieder zu Gefangenen werden, durch massenhafte Anwendung der Tobzellen unerträgliche Zustände eintreten und der gesamte Organismus gefährdet wird.

[1]) l. c.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Prinzip hat *Siefert* ganz recht, die Uneinheitlichkeit der Leitung ist der wundeste Punkt der Irrenabteilungen. *Siefert* malt aber zu schwarz. Er selbst gibt zu, daß es in seiner Abteilung zu keiner Reibung gekommen ist, und daß all' die von ihm geschilderten Schwierigkeiten vermieden worden sind. Angesichts der geradezu glänzenden Resultate in seiner Abteilung — $^2/_3$ der Kranken können definitiv wieder in den Strafvollzug zurückversetzt werden, Isolierungen gehören zu den größten Seltenheiten, Gewalttätigkeiten kommen so gut wie gar nicht vor —, angesichts solcher Resultate scheint mir *Sieferts* Pessimismus nicht berechtigt und die bloße M ö g l i c h k e i t eines tiefgehenden Konfliktes zwischen Strafanstaltsdirektion und Arzt zu hoch bewertet. Meines Erachtens werden sich offen in Erscheinung tretende, den Kranken merkbare Reibungen und Konflikte vermeiden lassen, wenn überhaupt beide Teile sich nicht von ganz einseitigen Gesichtspunkten bestimmen lassen und über ihren speziellen Interessen nicht das Wohl des Ganzen aus dem Auge verlieren. Selbstverständlich muß innerhalb der Abteilung der Arzt in allen Fragen, die sich auf Verteilung, Absonderung, Beschäftigung und Beköstigung der Kranken beziehen, die entscheidende Stimme haben. Ich halte den Vorteil, den die Irrenabteilungen durch die Möglichkeit der raschesten Versetzung der Geisteskranken aus dem geordneten Strafvollzug heraus bieten, für so wertvoll, daß dagegen die geschilderten zum Teil nur theoretischen, zum Teil vermeidbaren Nachteile nicht in Betracht kommen. Ich bin auch überzeugt, daß naturgemäß die Irrenabteilungen da, wo es daran noch fehlt, eine den ärztlichen Anschauungen und Anforderungen entsprechende Weiterentwicklung nehmen werden.

Wenn ich nun kurz auf die Anlage und den Betrieb der Irrenabteilungen eingehe, so möchte ich zunächst daran erinnern, daß die Zusammensetzung unseres Krankenmaterials verschieden ist von dem der allgemeinen Irrenanstalten. Unsere Kranken sind fast durchweg besonnen, geordnet und arbeitsfähig; verwirrte, wachabteilungsbedürftige, bettlägerige Kranke haben wir äußerst selten. Nahezu die Hälfte der Kranken sindDegenerierte, psychopathischePersönlichkeiten, die auch nach Abklingen der psychotischen Erscheinungen infolge ihrer Reizbarkeit, ihrer Neigung zu Drohungen, zum Querulieren, Verleumden und Aufhetzen große Schwierigkeiten machen und die Geduld des Arztes und des Personals auf eine harte Probe stellen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stets befinden sich darunter einige, deren ganzes Sinnen und Trachten auf Entweichen gerichtet ist, und die oft mit bewundernswerter Geschicklichkeit aus allen nur denkbaren Gegenständen sich Instrumente, Waffen, Schlüssel zu verfertigen verstehen, die sie dann mit erstaunlichem Raffinement zu verbergen wissen. So hat erst im letzten Jahr ein zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilter Mörder, ein Degenerierter, aus Holz tadellos funktionierende Zellen- und Durchgangsschlüssel angefertigt, hat sich aus Schnüren, die er in einem unbewachten Augenblick mit Hilfe dieser Schlüssel aus dem Aufseherzimmer gestohlen hat, eine mehrere Meter lange Strickleiter gemacht, die er im Garten vergrub, um sie in einem geeigneten Moment zur Verwirklichung seiner Fluchtpläne benutzen zu können.

Es ist begreiflich, daß die baulichen Einrichtungen auf die eigenartige Zusammensetzung des Krankenmaterials Rücksicht nehmen und in erster Linie eine Sicherung gegen Ausbruchsversuche verbürgen müssen. Wir können ohne Gitter und Riegel nicht auskommen. Je zuverlässiger die baulichen Sicherungen und je schärfer die Vorsichtsmaßregeln, desto größere Bewegungsfreiheit kann im Innern den Kranken gewährt werden. Wir brauchen aber auch, um die unverträglichen, verleumderischen, lügenhaften und streitsüchtigen Psychopathen leicht voneinander trennen zu können, eine verhältnismäßig große Zahl von Einzelzimmern. Die ganze Anlage muß sich somit von dem Ideal einer modernen Irrenanstalt weit entfernen.

Von großer Wichtigkeit ist die Personalfrage: die Irrenabteilung braucht einmal ein großes Personal — es muß auf 3 oder höchstens 4 Kranke ein Aufseher kommen —, sie braucht aber vor allem auch ein für die Irrenpflege gut ausgebildetes, zuverlässiges Personal, das neben strengstem Pflichtbewußtsein beim Überwachungsdienst ein besonderes Maß von Rücksicht und Geduld besitzen muß, um mit den leicht reizbaren Degenerierten auszukommen, in denen es trotz all' deren oft absichtlichen Bosheiten und Intriguen die Kranken zu sehen hat. Die von *Siefert*[1]) an den preußischen Irrenabteilungen mit Recht gerügten zeitweisen Abkommandierungen des Personals in die Hauptanstalt, wo es die mühsam eingeimpfte Anschauung, was geisteskrank ist, und wie man mit Geisteskranken umgeht, wieder verliert, kommen bei uns nicht vor.

[1]) l. c.



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die ärztliche Behandlung der Kranken entspricht durchaus der in den allgemeinen Irrenanstalten üblichen. Disziplinarstrafen im Sinne des Strafvollzugs werden nicht verhängt; Isolierungen sind nicht zu umgehen, werden aber natürlich aufs nötigste beschränkt. Die Beschäftigung der Kranken muß leider den besonderen Umständen entsprechend eine einförmige sein und besteht außer Haus- und Gartenarbeiten im Dütenkleben und Holzmachen.

Ich komme nun zur Besprechung meines Materials. Ich will vorausschicken, daß ich der Einfachheit wegen keinen Unterschied mache zwischen Zuchthaus- und Gefängnissträflingen; die durchschnittliche Zahl der in der Irrenabteilung verpflegten Zuchthausgefangenen ist zwar größer als die der Gefängnisgefangenen, einen Einfluß der Strafart und des Strafmaßes auf die Art der Erkrankung konnten wir aber nicht feststellen, wir erhielten aus den Gefängnissen ungefähr den gleichen Prozentsatz der einzelnen Krankheitsformen wie aus dem Zuchthaus.

Seit Eröffnung der Irrenabteilung am 18. November 1903 wurden im ganzen 114 Kranke darin verpflegt; der durchschnittliche Krankenstand bewegt sich immer zwischen 25 und 30, demnach entspricht die Größe der Abteilung, die außer 5 Isolierzellen über 34 Betten verfügt, den bis jetzt an sie gestellten Anforderungen vollauf.

Nach der Gefängnisstatistik vom Jahre 1906 wurden in allen badischen Zentralstrafanstalten bei einem durchschnittlichen Gefangenenstand von 1176 erwachsenen Gefangenen — die Jugendlichen bleiben, da sehr selten ausgesprochene Psychosen bei ihnen vorkommen, außer Betracht — 2758 männliche erwachsene Gefangene verpflegt. Diese 2758 Sträflinge bilden also gewissermaßen für dieses Jahr den „Aufnahmebezirk" für die Irenabteilung. Die Zahl der Aufnahmen in die Irrenabteilung betrug im gleichen Jahre 20, also 0,72% aller Sträflinge. Ungefähr den gleichen Prozentsatz berechnet *Heilbronner* [1]) für die preußischen Strafanstalten, aus denen im Jahre 1902 von 48 945 Gefangenen nur 310, also 0,63%, zur Aufnahme in die preußischen Irrenabteilungen kamen. *Heilbronner* schließt aus dieser niedrigen Zahl von Aufnahmen, daß, abgesehen von den Fällen, in denen Erscheinungen von Geisteskrankheiten als solche unerkannt bleiben, eine große Zahl Geisteskranker im geordneten Strafvollzug bleibt und

[1]) l. c.

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

dort oder im Lazarett zur Heilung kommt; er tadelt, ebenso wie *Siefert*, das Absehen von der Überweisung in die Irrenabteilung und fordert, daß die Kranken nicht erst dann überwiesen werden sollen, wenn sie sich im Strafvollzug als zu lästig erwiesen haben.

Die Herren Hausärzte der badischen Strafanstalten hatten die Liebenswürdigkeit, mir die Zahl und die Art der in den Jahren 1905 bis 1908 vorgekommenen psychischen Erkrankungen mitzuteilen, bei denen von einer Überweisung in die Irrenabteilung abgesehen wurde. Es sind im ganzen 76, eine Zahl, die der der Aufnahmen in die Irrenabteilung während der gleichen Zeit annähernd gleichkommt. In den meisten Fällen handelte es sich um leichte Einzelhaftpsychosen von nur kurzer Dauer, die durch Versetzung in Gemeinschaftshaft oder ins Krankenhaus zum Abklingen kamen, ein weiterer Teil waren leicht Imbezille, Degenerierte, Psychopathen und Hysteriker, die sich im allgemeinen ruhig verhielten und nur ausnahmsweise und vorübergehend Anlaß zum ärztlichen Einschreiten gegeben haben. Psychosen längerer Dauer wurden nur 17 mitgeteilt. — Mit Ausnahme der 8 in Tabelle XIII (s. S. 102) verzeichneten Fälle kamen alle diese Kranken — also 68 — entweder geheilt in die Gesundenabteilung zurück oder wurden mit Strafende in die Freiheit entlassen. — Welche Gründe im einzelnen dafür maßgebend waren, bei den länger dauernden Psychosen von der Versetzung in die Irrenabteilung abzusehen, entzieht sich meiner Beurteilung.

Von den 114 in der Irrenabteilung verpflegten Kranken habe ich für das heutige Referat nur diejenigen Fälle verwertet, die ich selbst beobachtet und längere Zeit in ihrem Verlauf habe verfolgen können. Es sind dies 91 Kranke; sie bilden die Grundlage der nachfolgenden Tabellen, die eine statistische Übersicht über mein Material geben.

A. Vorgeschichte.

I. Heredität (nur direkte von den Eltern).

1) Psychose	20	45 %
2) Potus	12	
3) Verbrechen	5	
4) Kombiniert 1 + 2 + 3	4	
Uneheliche Geburt	13	14 %



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Anlage und Entwicklung in der Jugend.

a) Beschränkt bis hochgradig schwachsinnig	6
b) Schlechte intellektuelle Entwicklung und ethisch defekt	8
c) Ethisch defekt	12
d) Schlechter Schüler (excl. a und b)	4
e) Gute intellektuelle Entwicklung, aber eigenartig, erregbar, neuro- oder psychopathisch	7
f) Sehr erregbar, neuro- oder psychopathisch	4
g) Gute Anlage und Schulbildung besonders betont	9
h) Ohne weitere Angaben	41
	91

III. Besondere Erziehungsmittel.

Rettungshaus	1	Sofort kriminell nach Entlassung	8
Fürsorgeerziehung (darunter einer mit späterer Zwangserziehung)	4		
Zwangserziehung (darunter einer mit früherer Fürsorgeerziehung)	5	Entwichen und kriminell	1
Waisenhaus	1		

IV. Beruf.

Kein Beruf	20	
Lehrling	1	
Geselle, Gehilfe	10	Nur Gelegenheitsarbeiter.
Knecht in Landwirtschaft	9	Nur Gelegenheitsarbeiter.
Tagelöhner, Fabrikarbeiter, Maurer	37	Nur Gelegenheitsarbeiter.
Tapezierer	1	Nur Gelegenheitsarbeiter.
Selbständige Handwerker	0	
Landwirt selbständig	2	
unselbständig	1	
Kaufmann selbständig	0	
unselbständig	5	
Agent, Fabrikant, Wirt, Beamter	4	
Hausierer	1	
	91.	

V. Personenstand.

Verheiratet oder verwitwet	15	(16,5 %)
Geschieden	3	(33, %)
Ledig	73	(80,2 %

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Beim Militär waren	18
schlechte Führung bemerkt bei	9
desertiert	4.

VI. Erkrankungen und krankhafte Erscheinungen.

In der Kindheit

Epileptische Anfälle (exkl. genuine Epilepsie)	2
Enuresis (exkl. Epilepsie)	2
Commotio cerebri	2
Schwere Infektionskrankheit	2
Alkoholismus	1

B. Psychose.

VII. Form der Psychose.

Dementia praecox	36	= 40 %
Degenerative Psychose	33	
Hysterie	4	40 = 44 %
Imbezillität, Moral insanity	2	
Paranoia querulatoria	1	
Epilepsie	10	= 11 %
Paranoia	2	
Alkohol-Degeneration	2	
Dementia paralytica	1	
	91	

Davon waren früher in einer Irrenanstalt:

Dementia praecox	1
Degenerative Psychose	2
Hysterie	1
Epilepsie	1
Paranoia	1.

C. Verbrechen.

VIII. Verbrechereinteilung.

Nicht vorbestrafte (einmal kriminell)	18
Vorbestrafte (mehrmals kriminell)	73

Zufallsverbrecher	—
Berufsverbrecher	—
Gelegenheitsverbrecher	3
Vorbedachtsverbrecher (Urkundenfälschung, falsche Anschuldigung, Betrug, räuberische Erpressung, Mord und Raub in Gemeinschaft)	8
Affektverbrecher	8
Gewohnheitsverbrecher (darunter Rückfall 50)	72

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

IX. Beteiligung der Psychosen an den Formen des Verbrechens.

		Dementia praecox	Degenerat. Psychose	Epilepsie	Paranoia	Alkoholpsychose	Dement. paralyt.	Summe	In %
Eigentumsverbrechen	Diebstahl	2	4	—	—	—	—	6	—
	Diebstahl i. w. R.	11	15	4	—	—	—	30	—
	Betrug, Urkundenfälschung	6 (22)	6 (26)	3 (7)			1	16 (56)	61,5 %
	Hehlerei	1	1	—	—	—	—	2	—
	Erpressung	2	—	—	—	—	—	2	—
Sittlichkeitsverbrechen	mit Kindern	5	2	3	—	—	—	10	—
	Notzucht	3 (8)	1	—	—	—	—	4	—
	§ 175	—	— (5)	—	—	1	—	1 (17)	18,6 %
	Blutschande	—	1	—	—	—	—	1	
	Kuppelei	—	1	—	—	—	—	1	
Körperverletzung		2	2	—	—	1	—	5	5,5 %
Brandstiftung		1	—	—	1	—	—	2	2,2 %
Mord, Mordversuch		2	4	—	—	—	—	6	6,6 %
Totschlag		1	1	—	—	—	—	2	2,2 %
Verleitung zum Meineid		—	—	—	1	—	—	1	1,1 %
Fahnenflucht		—	1	—	—	—	—	1	1,1 %
Falsche Anschuldigung		—	1	—	—	—	—	1	1,1 %
Summe		36	40	10	2	2	1	91	

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich jetzt auf diese Tabellen, die ja auch für sich selbst sprechen, nicht näher eingehen; mein verhältnismäßig kleines Material bietet ungefähr die gleichen Verhältnisse, wie das weit größere des Herrn Kollegen *Hegar*, obwohl nur ein kleiner Teil der Fälle gemeinschaftlich ist. Herr Kollege *Hegar* wird sich in seinem Referat näher mit diesen sich hauptsächlich auf die Anamnese beziehenden Tabellen beschäftigen.

Nur auf die durch Tabelle VII dargestellte Form der Psychose möchte ich mit einigen Worten eingehen: Im Hinblick auf das heutige Referat habe ich meine sämtlichen Fälle noch einmal genau durchgesehen und sie namentlich auf die Richtigkeit der Diagnose hin geprüft; über die Fälle, die nach ihrer Entlassung in die Irrenklinik Heidelberg bzw. in Irrenanstalten kamen, habe ich mich durch Ein-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sichtnahme in die Heidelberger Krankengeschichten bzw. durch Erkundigungen über den jetzigen Zustand bei den betreffenden Anstalten genau orientiert. Die Diagnosen sind also katamnestisch bestätigt.

Es geht aus Tab. VII hervor, daß es eigentlich nur 2 große Gruppen von Erkrankungen sind, die in der Irrenabteilung zur Behandlung kommen, die „degenerativen Psychosen“ und die „Dementia praecox“; erstere ist mit 44, letztere mit 40% vertreten, zusammen machen sie $^5/_6$ aller Fälle aus. Alle anderen Psychosen treten an Häufigkeit völlig zurück, nur die Epilepsie spielt noch eine einigermaßen nennenswerte Rolle. Insbesondere fällt das Fehlen des manisch-depressiven Irreseins und die Seltenheit der Paralyse auf. Und damit stimmen auch die Angaben *Sieferts*[1]) überein, der bei seinen 83 Krankheitsfällen nur 4 Paralysen, keine manischen oder melancholischen Erkrankungen aufzählt.

Anders als bei *Sieferts* Material ist bei dem meinigen das Verhältnis der degenerativen Psychosen zu den Psychosen im engeren Sinne, das bei *Sieferts* Material 60 : 40%, wobei in den 40% noch die Epileptiker enthalten sind, dagegen bei dem meinigen gerade umgekehrt 40 : 60% beträgt.

Unter der Diagnose „degenerative Psychose“ habe ich all' die Krankheitsbilder zusammengefaßt, die sich auf dem Boden der angeborenen Entartung nach meist längerem kriminellen Vorleben unter dem Einfluß der Strafhaft entwickelt haben, und die keinen progredienten Verlauf nahmen. Die 4 Fälle mit ausgesprochen hysterischen Zügen, die Imbezillität und „Moral insanity“, einen Fall von Paranoia querulatoria habe ich zwar besonders in der Tabelle aufgeführt, rechne sie aber auch zu den „degenerativen Psychosen“, da sie mit ihnen wesensverwandt sind und nicht streng von ihnen getrennt werden können. Ich darf mir wohl ersparen, auf die Symptomatologie der degenerativen Haftpsychosen näher einzugehen, zumal da auf der vorjährigen Versammlung *Wilmanns*[2]) gerade über diese Formen der Geistesstörung ein so erschöpfendes Referat erstattet hat. Ich möchte nur hervorheben, daß die Diagnose in einzelnen Fällen recht schwer ist, namentlich hinsichtlich der Abgrenzung gegen die Dementia praecox, und manchmal erst unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs nach Entlassung aus der Irrenabteilung gestellt werden kann.

[1]) l. c.

[2]) Über Gefängnispsychosen, Sammlung zwangloser Abhandlungen (Marhold). VIII. Bd. Heft 1. 1908.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bezüglich unserer Dementia-praecox-Fälle möchte ich in symptomatologischer Hinsicht betonen, daß die meisten mit Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen physikalischen Charakters beginnen, und daß das Krankheitsbild meist während des ganzen Aufenthalts in der Irrenabteilung eine durch die Haft bedingte Färbung behält. Schwere Verblödungszustände sehen wir selten, da ja bei fortgeschrittener Erkrankung die Versetzung in die Irrenklinik beantragt wird.

X. Einteilung nach Gefährlichkeit.

	Dementia praecox	Degenerat. Psychose	Epilepsie	Paranoia	Alkoholpsychose	Dementia paralyt.	Summe	In %
1. Gefährlich, Neigung zur Flucht	—	7	—	—	—	—	7	7,6 %
2. Spontan ungefährlich, aber unangenehm, der Verhetzung und Verführung zugänglich	4	16	4	1	1	—	26	28,6 %
3. In der Abteilung harmlos, wegen ihrer Verbrecherneigungen in der Freiheit gefährlich	1	1	—	—	—	—	2	2,2 %
4. In der Abteilung, voraussichtlich auch in der Freiheit harmlos, aber schweres Verbrechen	3	—	—	—	—	—	3	3,3 %
5. Harmlos	28	16	6	1	1	1	53	58,3 %
Summe	36	40	10	2	2	1	91	

Entweichungen in 3½ Jahren = 0
Selbstmord ,, ,, ,, = 0.

Bei der Aufstellung dieser Tabelle X war ich mir wohl bewußt, daß eine derartige Einteilung nach der Gefährlichkeit willkürlich ist und keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit machen kann; ich glaubte aber doch, daß diese Einteilung wesentlich die Veranschaulichung meines Materials erleichtern würde. Wir sehen aus der Tabelle, daß die Degenerierten das Hauptkontingent zu den nicht-harmlosen Kranken stellen; 60% der degenerativen Psychosen machen innerhalb der Abteilung nach der einen oder anderen Richtung hin Schwierigkeiten, und n u r Degenerierte sind es, die eine wirkliche Gefahr, sei es durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausbruchversuche, sei es durch fortgesetzte Drohungen oder Angriffe gegen die Umgebung boten. Die 4. Gruppe glaubte ich deshalb von der 5. abtrennen zu müssen, weil auch bei harmlosen Kranken die Frage einer etwa in Betracht kommenden Entlassung in die Freiheit einer besonderen Prüfung bedarf mit Rücksicht auf ein vorangegangenes schweres Verbrechen; es ist meines Erachtens eine große Verantwortung, einen Kranken, der einen Mord oder ein schweres Sittlichkeitsverbrechen, schwere Einbrüche begangen hat, lediglich auf Grund des psychischen Zustandes in die Freiheit zu entlassen ohne Rücksicht auf die Möglichkeit eines Rückfalls.

Wenden wir uns nun zu der wichtigen Frage, wieviel von diesen Kranken fallen den allgemeinen Irrenanstalten zur dauernden Verwahrung anheim? Die Antwort geben uns die Tabellen XI und XII.

XI. Art der Entlassung und Diagnose.

	Dementia praecox	Degenerat. Psychose	Epilepsie	Paranoia	Alkoholpsychose	Dement. paralyt.	Summe	In %
Mit Strafende oder durch vorläufige Entlassung in die Freiheit								
a) gebessert	—	5 } 13	7	—	—	—	21	29,5 %
b) genesen	—	8	—	—	1	—		
In die einliefernde Strafanstalt zurück	—	7	1	1	—	—	9	12,6 %
Mit Strafende in eine Kreispfleganstalt	—	1	—	—	—	—	1	1,4 %
Mit Strafende in eine Irrenanstalt								
a) Irrenklinik Heidelberg	20	12	1	—	—	—	33 } 35	49,2 %
b) Emmendingen	—	—	1	—	—	—	1	
c) ausländ. Irrenanst.	—	1	—	—	—	—	1	
Nach wegen Unheilbarkeit verfügter Strafunterbrechung in Irrenklinik Heidelberg	4	1	—	—	—	—	5	7 %
Summe	24	35	10	1	1	—	71	



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XII. Definitive Versorgung der 38 aus der Irrenabteilung in die Irrenklinik Entlassenen.

	Dementia praecox	Degenerat. Psychose	Epilepsie	Summe
I. Von der Irrenklinik wurden in Freiheit entlassen	—	4	—	4
II. in außerbadische Irrenanstalten entlassen	3	3	—	6
III. in badische Irrenanstalten versetzt, und zwar				
a) nach Emmendingen ..	17 } 18	3 } 5	1	24
b) nach Wiesloch	1	2	—	
IV. Es sind noch in der Klinik Heidelberg..............	3	1	—	4
Summe	24	13	1	38

Wir sehen, daß die Dementia-praecox-Fälle, die bis jetzt zur Entlassung kamen, sämtlich anstaltsbedürftig waren und der Irrenanstalt zugeführt werden mußten, während von den degenerativen Psychosen der größte Teil nach eingetretener Besserung oder Genesung in die Freiheit entlassen oder bei noch nicht abgelaufener Strafzeit in die einliefernde Strafanstalt zurückversetzt werden konnte.

Bei den in die Freiheit Entlassenen habe ich unterschieden zwischen „Gebesserten“ und „Genesenen“ und habe als gebessert diejenigen Kranken bezeichnet, bei denen zwar alle sonstigen psychotischen Erscheinungen verschwunden waren, bei denen aber bis zum Schluß ein Festhalten an gewissen durch die Haft bedingten, in der Freiheit voraussichtlich sich verlierenden Beeinträchtigungsideen zu konstatieren war.

Bei einem großen Teil der in die Freiheit entlassenen Degenrierten mußte man den Rückfall ins Verbrechen als sehr wahrscheinlich annehmen. Tatsächlich sind aber, wie wir durch Erhebungen bei der Strafregisterbehörde feststellen konnten, von den 13 in die Freiheit entlassenen Degenerierten bis jetzt 10 straffrei geblieben. (Einer verbüßt zurzeit eine Strafe in Ludwigsburg, und zwei, von denen sich der eine 2 Jahre lang im Elternhaus gut gehalten hat, sind zurzeit in Untersuchungshaft wegen gemeinsamen Einbruchsversuchs und schwerer körperlicher Mißhandlung des sie dabei ertappenden Schutzmanns.)

Bei den 7 in die einliefernde Strafanstalt zurückversetzten Degenerierten habe ich 3 Kranke nicht mit eingerechnet, die im geordneten


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strafvollzug wieder psychotisch wurden, und von denen 2 wieder in die Irrenabteilung zurückgeliefert werden mußten, während der dritte direkt aus dem Strafvollzug mit Strafunterbrechung in die Irrenklinik versetzt wurde.

In Irrenanstalten wurden im ganzen, wie aus der Tabelle XI hervorgeht, 40 Kranke entlassen, und zwar davon 38 in die Irrenklinik Heidelberg. Von diesen 38 wurden 4 aus der Klinik in die Freiheit entlassen, 6 in außerbadische Irrenanstalten versetzt, so daß, wenn man annimmt, daß die 4 jetzt noch in Heidelberg befindlichen Kranken noch in badische Anstalten überführt werden, im ganzen mit dem direkt aus der Irrenabteilung nach Emmendingen versetzten Epileptiker nur 29 Kranke der Irrenabteilung in über $3^1/_2$ Jahren den badischen allgemeinen Irrenanstalten zur dauernden Verpflegung anheimfallen. Dazu kommen nun aber noch diejenigen Kranken, die, ohne die Bruchsaler Irrenabteilung zu passieren, aus den badischen Strafanstalten direkt den badischen Irrenanstalten zugeführt werden. Über sie geben uns die Tabellen XIII—XIV Aufschluß.

XIII. Aus den badischen Strafanstalten kamen direkt in Irrenanstalten in den Jahren 1905—1908.

	In psychiatr. Klinik Heidelberg	In psychiatr. Klinik Freiburg
Aus Männerzuchthaus Bruchsal	3	—
Aus Landesgefängnis Freiburg.	—	2
Aus Landesgefängnis Mannheim	2	—
Aus Landesgefängnis Bruchsal (Jgdl. Abtlg.)	1	—
Summe	6	2

XIV. Diagnose und definitive Versorgung dieser 8 Kranken.

	Degenerat. Psychose	Imbezillität
In die Freiheit entlassen	2	—
In die Strafanstalt zurück und von da in die Freiheit	1	1
In die Irrenabteilung Bruchsal und von dort in ausländische Irrenanstalt	1	—
In badische Irrenanstalten		
a) Emmendingen	2	—
b) Wiesloch	1	—


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Tabelle XIV sind es in fast 4 Jahren nur 3 Kranke, die auf diese Weise der badischen Irrenpflege anheimfallen.

Somit kommen wir im ganzen auf 32 geisteskranke Strafgefangene, die in den Jahren 1905—1908 aus badischen Strafanstalten zur Aufnahme in die allgemeinen Landesirrenanstalten kamen, durchschnittlich jährlich also 8—9. *Kullmann*[1]) gibt für Hessen die Zahl der im Strafvollzug erkrankten und die Aufnahme in Irrenanstalten beanspruchenden Kranken in 7 Beobachtungsjahren auf durchschnittlich jährlich 6, 7 an, eine Zahl, die der unsrigen im Verhältnis der Einwohnerzahl entspricht.

Die Gesamtjahresaufnahme in den 4 badischen Heil- und Pflegeanstalten — die beiden Irrenkliniken nehme ich aus, da sie ja nur Durchgangsstationen sind — betrug nach dem Jahresbericht 1906 641 Männer. Wie klein ist dagegen die Zahl der Aufnahmen von geisteskranken Strafgefangenen! Kaum mehr als 1%.

Bis jetzt erhielt die Stadt Emmendingen fast alle unsere Kranken zugewiesen, seit kurzem greift auch Wiesloch helfend ein, und bei gleichmäßiger Verteilung auf alle 4 Anstalten würden jährlich auf jede Anstalt etwa 2—3 Aufnahmen von Kranken kommen, die in den badischen Zentralstrafanstalten geisteskrank geworden sind. Ich glaube damit den Beweis geliefert zu haben, daß von einer Überhäufung der Irrenanstalten mit sogenannten „geisteskranken Verbrechern" in Baden nicht gesprochen werden kann.

Und sehen wir uns das betreffende Krankenmaterial näher an, so finden wir, daß auch von einer erheblichen Belästigung der Irrenanstalten durch diese wenigen Kranken nicht die Rede sein kann. Es sind nämlich von den 32 Kranken 21 Dementia-praecox-Fälle, 9 degenerative Psychosen, 2 Epileptiker. Die Dementia praecox der Strafgefangenen unterscheidet sich im Wesen nicht von der gleichen Krankheitsform des freien Daseins; nur ein kleiner Teil unserer Fälle war in der Abteilung störend, aber nicht mehr, als auch nicht-kriminelle Kranke zu sein pflegen. Der Güte der Anstaltsdirektion von Emmendingen, wo 17 von den 21 Dementia-praecox-Fällen verpflegt werden, verdanke ich die Mitteilung, daß sämtliche in Gemeinschaft mit anderen gehalten werden können; nur einer ist als „gefährlich" bezeichnet —

[1]) Juristisch-psychiatrische Grenzfragen 1908. VI. Bd. Heft 7.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und zwar merkwürdiger Weise einer, der hier in der Irrenabteilung mit Ausnahme von zeitweisen leichten Erregungen ganz harmlos war —, die übrigen alle als „harmlos", „sozial", bei einigen ist „zeitweise drängend", „ab und zu lärmend" verzeichnet. Auch die Störung der in Emmendingen verpflegten beiden Epileptiker unterscheidet sich in keiner Weise von den Psychosen der n i c h t - kriminellen Epileptiker.

Es bleiben die 9 Degenerierten! Sie haben in der räumlich eng begrenzten Irrenabteilung alle mehr oder minder Schwierigkeiten gemacht durch ihre Gereiztheit, Zornausbrüche, Hetzereien, Drohungen, Angriffe auf Arzt, Personal und Mitgefangene. Ich glaube, daß sie auch in der Irrenanstalt kaum sozialer geworden sind, wenn sie auch, wie meine Erkundigungen ergeben haben, sämtlich gemeinsam verpflegt werden können[1]). Von allen unseren Fällen sind es also nur diese 9 Degenerierten, die durch Drängen auf Entlassung, durch unsoziales Benehmen, durch Neigung zur Flucht besondere Vorsichtsmaßregeln bei ihrer Verpflegung nötig machen können.

Diese schlimmen Eigenschaften teilen sie aber mit vielen anderen nicht kriminellen Kranken.

Ihre geringe Zahl macht all' die vielen Gründe hinfällig, die gegen die Aufnahme der aus dem Strafvollzug stammenden Kranken in die Irrenanstalten ins Feld geführt werden, auf die ich aber heute nicht näher eingehen will.

Die Zahl der kriminellen Kranken a n d e r e r Provenienz ist unverhältnismäßig größer, und einem großen Teil dieser wird sich die Irrenanstalt, auch wenn sie von den aus den Strafanstalten stammenden und den nach § 51 exkulpierten Kranken durch Errichtung von besonderen Anstalten für Kriminelle entlastet würde, nie entziehen können.

Meines Erachtens bedarf jede größere Irrenanstalt, wenn sie überhaupt Geisteskranke jeder Art aufnehmen will und nicht die unbequemen Kranken von vornherein von ihrer Schwelle weist, sowieso einer festeren geschlossenen Abteilung, in der gefährliche Kranke, auch nicht kriminelle, und solche, durch deren Entweichen die öffentliche

[1]) Einer davon ist übrigens entwichen, ein anderer nach versuchsweiser Entlassung auf eine landwirtschaftliche Stelle davongelaufen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sicherheit gefährdet wird, fest verwahrt werden können; die freie Behandlung der übrigen Kranken braucht dadurch in keiner Weise beeinträchtigt zu sein.

Wenn bei jeder der neuen und neu zu bauenden Irrenanstalten ein derartiger fester, gesicherter Pavillon vorgesehen wird, so können bei gleichmäßiger Verteilung die wenigen aus dem Strafvollzug stammenden gefährlichen Kranken zweckmäßiger verpflegt und verwahrt werden, als in einer sogenannten Spezialanstalt für geisteskranke Verbrecher.

Allerdings gehört es dann auch zur Aufgabe der Irrenanstalten, solche Elemente, die in der Freiheit gefährlich werden können, nicht zu entlassen, sobald sie sich nur einige Zeit in der Anstalt gut geführt haben. Namentlich bei den Degenerierten ist die größte Vorsicht bezüglich der Entlassung am Platz. Es sollte z. B. nicht vorkommen, daß ein schon viermal wegen schwerer Sittlichkeitsdelikte bestrafter Degenerierter, der als gemeingefährlicher Geisteskranker aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt versetzt wurde, aus letzterer nach einiger Zeit guter Führung in die Freiheit entlassen wurde, wo er sofort wieder ein schweres Sittlichkeitsverbrechen beging, wegen dessen er wieder zu 6 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde, die er nun in der Irrenabteilung verbüßt. Ich verfüge über mehrere ähnliche Fälle, in denen mit Recht der Irrenanstalt die Schuld an dem nach der Entlassung begangenen Verbrechen zugemessen werden kann. Eine zu frühe Entlassung gefährlicher Kranker bedeutet eine Gefahr für die Öffentlichkeit. Um dieser Gefahr vorzubeugen, haben sich in Preußen die Verwaltungsbehörden ihre Mitwirkung bei der Entlassung gemeingefährlicher Kranker durch Ministerialerlasse gesichert, auf die ich aber hier nicht näher eingehen kann.

Wenn ich meine bisherigen Ausführungen kurz zusammenfasse, so handelt es sich bei den geisteskranken Strafgefangenen in der Hauptsache um zwei große Gruppen:

1. Die Verblödungsprozesse: Sie kommen alle auf dem Umweg durch die Irrenabteilung und die Irrenklinik in die allgemeinen Irrenanstalten und machen dort in der Verpflegung keine größeren Schwierigkeiten, als die gleiche Krankheitsform bei Nicht-Kriminellen.

2. Die degenerierten Psychosen: Der größere Teil von ihnen kommt in der Irrenabteilung zur Heilung und wird entweder in den



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geordneten Strafvollzug zurückversetzt oder bei abgelaufener Strafzeit in die Freiheit entlassen; der kleinere Teil, mit schwerer Degeneration oder bei Bestehenbleiben psychotischer Züge, wird mit Strafende in die Irrenklinik versetzt, die eine nochmalige Aussiebung vornimmt, so daß nur verhältnismäßig wenige zur definitiven Verwahrung den allgemeinen Irrenanstalten zugeführt werden. Unter diesen sind die gefährlichsten Kranken, sie müssen auch in der Irrenanstalt gut verwahrt werden.

Ich möchte meine Ausführungen nicht schließen, ohne noch von einer Kategorie von Gefangenen zu sprechen, die zwar nicht geisteskrank sind, die aber das Interesse des Psychiaters von jeher, besonders aber in neuerer Zeit, auf sich gelenkt haben; es ist das große Heer der psychisch Minderwertigen. Auf die Definition des Begriffes „Psychische Minderwertigkeit" will ich nicht eingehen, zumal da bei der Kompliziertheit und Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder eine befriedigende Umgrenzung und Einteilung derselben kaum möglich erscheint. Daß die Zahl der psychisch Minderwertigen in den Strafanstalten eine ganz außerordentlich große ist, beweisen die Untersuchungen *Leppmanns* [1]), *Bonhoeffers* [2]), *Aschaffenburgs* [3]) und vieler anderer, die bei einigen Deliktskategorien bis zu 75 % geistig minderwertiger Verbrecher fanden.

Ganz besonders groß ist ihre Zahl unter den Gewohnheitsverbrechern. Zum Landesgefängnis Bruchsal gehört eine Züchtlingsabteilung, in die nur solche Gefangene eingeliefert werden, die schon mindestens zweimal wegen Betrugs oder Diebstahls im Rückfalle bestraft sind. Diese Abteilung ist durchschnittlich mit 70—80 Gefangenen belegt, lauter Gewohnheitsverbrecher, von denen viele — die älteren — schon 20—30 Vorstrafen, Freiheitsentziehungen von 20 und 30 Jahren erlitten haben. Die große Mehrzahl derselben sind anormale, von der Breite der psychischen Gesundheit abweichende Individuen, die nicht im Vollbesitz geistiger Leistungsfähigkeit sind.

Man sollte nun denken, daß in einer solchen mit psychisch minderwertigen Gewohnheitsverbrechern belegten Abteilung sich dem ge-

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1905.

[2]) Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. II. Jg.

[3]) Monatsschrift f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. II. Jg.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ordneten Strafvollzug die größten Schwierigkeiten in den Weg stellen, und daß der Ausbruch von Psychosen an der Tagesordnung sei, besonders wenn man, wie *Siefert*[1]), annimmt, daß das gesamte Gewohnheitsverbrechen auf einer schweren degenerativen Veranlagung beruht. Das Gegenteil ist der Fall: Die Insassen führen sich im allgemeinen ordentlich, fügen sich der Hausordnung und ertragen den Strafvollzug gut; nur ein kleiner Teil macht sich durch auffällige Symptome bemerkbar, Auflehnungen gegen die Disziplin sind selten, haftpsychotische Zustände eine Ausnahme. In den über $3^1/_2$ Jahren, während deren ich Arzt dieser Abteilung bin, habe ich im ganzen nur 7 dieser Gefangenen wegen psychotischer Symptome in die Irrenabteilung verlegen müssen. Unter diesen 7 sind 2 Epileptiker, 1 Fall von Dementia praecox; die übrigen 4 sind degenerative Psychosen. Da in der gleichen Zeit im ganzen 322 Züchtlinge in dieser Abteilung verpflegt wurden, haben wir also nur 2 % psychisch Erkrankter in dieser nur mit Gewohnheitsverbrechern belegten Abteilung. Und das kommt daher, daß bei diesen Gewohnheitsverbrechern durchaus nicht durchweg die schwere Degeneration vorliegt, die *Siefert* bei ihnen annimmt; die meisten von ihnen sind überhaupt nur haltlose, unselbständige, willensschwache, arbeitsscheue, durch schlechte Erziehung und ungünstige soziale Verhältnisse zum Verbrecher gewordene, dem Alkoholismus ergebene Menschen, die in der Freiheit allen schlechten Einflüssen nachgeben, und die deshalb stets wieder in die Strafanstalt zurückkehren, wo sie sich bei der genau vorgeschriebenen, selbständige Entschlüsse ausschließenden Tageseinteilung gar nicht unbehaglich fühlen.

Eine nachweisbare degenerative Veranlagung findet sich nur bei einem verhältnismäßig kleinen Teil unserer Gewohnheitsverbrecher, und zwar sind die leichteren Grade der Degeneration, die sich in einer erhöhten Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Neigung zur Hypochondrie dokumentieren, in unserer Abteilung die häufigeren. Auch sie werden durch den Strafvollzug bei der weitgehenden Berücksichtigung, die ihnen zuteil wird, nicht geschädigt. Die Kategorie der schwer Degenerierten ist zwar in unserer Rückfälligen-Abteilung auch stets mit einer Anzahl von Exemplaren vertreten, ist aber, wie

[1]) l. c.

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ich wiederholt zu konstatieren die Gelegenheit hatte, häufiger im Männerzuchthaus zu finden. Der moderne Strafvollzug, der auf die Individualität der Gefangenen eingeht, kann, ohne den Anstaltsbetrieb zu stören, auch der meisten dieser schwierigen Elemente durch Versetzung in eine andere Abteilung, durch Veränderung der Beschäftigung, durch Vergünstigungen, nötigenfalls durch Strenge Herr werden.

Von vielen Seiten ertönt seit Jahren der Ruf nach Spezial-Verwahranstalten für die Minderwertigen, in denen bei Aufrechterhaltung von Zucht und Disziplin die Insassen auf unbestimmte Zeit unter ärztlicher Aufsicht festgehalten werden sollen. Ich glaube, daß, abgesehen von allen andern Bedenken, die gegen diese Spezialanstalten oder Sonderasyle sprechen, und auf die ich nicht weiter eingehen will, die finanzielle Inanspruchnahme des Staates auf allen Gebieten deren Errichtung in weite Ferne schiebt.

Die Erfahrung, die ich mit der Bruchsaler Rückfälligen-Abteilung gemacht habe, bestätigt, daß unsere Gewohnheitsverbrecher, wenn sie auch zum großen Teil psychisch minderwertig und teilweise auch mit einer degenerativen Veranlagung behaftet sind, den Strafvollzug gut vertragen, ohne weiteren Schaden zu nehmen. Voraussetzung dabei ist, daß sie nicht nach einer starren Schablone, sondern mit Berücksichtigung ihrer psychischen Eigenart behandelt werden, und daß der psychiatrisch ausgebildete Strafanstaltsarzt, sobald sich irgendwo psychotische Symptome zeigen, für entsprechende Behandlung sorgt und, wenn nötig, die rechtzeitige Versetzung in die Irrenabteilung beantragt.

Ich glaube also, daß eine prinzipielle Änderung des bisherigen Systems, die Ausscheidung der psychisch Minderwertigen aus dem regelrechten Strafvollzug, kein dringendes Bedürfnis ist. Nötig ist aber, daß die Minderwertigen innerhalb des Strafvollzugs rechtzeitig erkannt und ihrer Eigenart entsprechend behandelt werden.

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

II. Korreferat von Dr. **August Hegar**-Wiesloch über die Unterbringung geisteskranker Rechtbrecher.

Als mir auf der letzten Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte 1907 die Aufgabe übertragen wurde, über die Unterbringung geisteskranker Rechtbrecher vom Standpunkte des Anstaltsarztes zu referieren, war ich mir darüber klar, daß mir für die Lösung im wesentlichen praktische Gesichtspunkte maßgebend sein mußten. Eine besondere Besprechung der enorm angewachsenen Literatur erschien mir schon nach meiner bisherigen Kenntnis derselben nicht weiter nutzbringend, die nochmalige Durchsicht bestätigte mir dies. Im Gegensatz zu anderen Fragen des Irrenwesens, die sich in einem erfreulichen Flusse selbst da befinden, wo alte Ansichten in neuem Gewande sich geltend machen, ist die nach der Versorgung der kriminellen Kranken ohne produktive Antwort geblieben. Die prinzipiellen Forderungen werden in der gleichen Weise begründet wie vor etwa 60 Jahren, subjektive oder mit der Rücksicht auf die Allgemeinheit motivierte Bedenken mischen sich ein und stellen sich in Gegensatz zu ärztlichen Erfahrungen. Die Diskussion bewegt sich ohne Fortschritt weiter, führt den Verteidiger einer Maßregel, ohne daß es ihm recht zu Bewußtsein kommt, nicht selten im Kreise herum zu der bisher von ihm bekämpften. Vielfach vermißt man in den Veröffentlichungen eine genauere Kennzeichnung des verwendeten Materials, ungünstige Verhältnisse einer Anstalt mit unzweckmäßigem Aufnahmeverfahren wurden verallgemeinert, die Zahlen, die doch zu praktisch verwertbaren Schlüssen führen sollen, sind zu klein, unsicher, zu Vergleichen ungeeignet. Um diese Fehler zu vermeiden, versuchte ich durch eine größere statistische Übersicht zu zeigen, um was für Leute es sich handelt, wieviele es sind, woher sie kommen. Bemerken muß ich dabei, daß sich alle meine Schlüsse nur auf Grund des von mir bearbeiteten Materials aufbauen.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meine Untersuchungen erstrecken sich auf einen örtlich umgrenzten Bezirk, das Großherzogtum Baden (mit einer Bevölkerungsziffer von 2 027 840 im Jahre 1906), auf die in den vier Landesanstalten untergebrachten männlichen Kranken, die sich gegen die Strafgesetze vergangen haben. Erleichtert wurde mir die Arbeit dadurch, daß ich in einer dreizehnjährigen psychiatrischen Tätigkeit in Baden einen großen Teil der in Frage kommenden Persönlichkeiten bereits seit Jahren kenne, ihr späteres Schicksal weiter verfolgen konnte, daß mir durch das Entgegenkommen der Direktionen die Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse ermöglicht wurde; die in unserer Wissenschaft so leicht sich einstellenden subjektiven Anschauungen in Diagnose und Bewertung der individuellen Momente erfuhren ihren Ausgleich durch die bereitwilligen Mitteilungen der behandelnden Ärzte.

A. Vorgeschichte.

Mit den Strafgesetzen kamen in Konflikt in den vier Anstalten 348 Männer bei einem Bestande von 1774 Kranken im Juli 1908 = 19,95 %.

I. Heredität (nur direkte von den Eltern):

1. Psychose	72	32,4 %
2. Potus	18	
3. Verbrechen	9	
4. Kombiniert 1 + 2 + 3	14	
Uneheliche Geburt	45	12,9 %

In Wirklichkeit dürfte die erbliche Belastung noch erheblich höher sein; ich habe absichtlich nur die von den Eltern herrührende berücksichtigt und alle unbestimmten Angaben unverwendet gelassen. Vergleiche mit anderen Statistiken sind bei den stark differierenden Zahlen unfruchtbar. Die vorhandenen Mitteilungen über Kriminalität und Psychose bei den Geschwistern sind zu dürftig und ungenau, als daß sie eine Rolle spielen könnten.

Der Prozentsatz der unehelich Geborenen ist sehr hoch. *Aschaffenburg*[1]) gibt 8,9 % als den allgemeinen Erfahrungen entsprechende

[1]) *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 1903.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahl für Verbrecher überhaupt an, bei 9 % aller unehelichen Geburten in Deutschland; die Statistik für das Großherzogtum Baden zählt 1906 7,16 % unehelich Geborene.

II. Anlage und Entwicklung in der Jugend:

a.	Beschränkt bis hochgradig schwachsinnig	31
b.	Schlechte intellektuelle Entwicklung und ethisch defekt	20
c.	Ethisch defekt	24
d.	Schlechte Schüler (exkl. a. u. b.)	67
e.	Gute intellektuelle Entwicklung, aber eigenartig, erregbar, neuro- oder psychopathisch	7
f.	Sehr erregbar, neuro- oder psychopathisch	23
g.	Gute Anlage und Schulbildung besonders betont	31
h.	Ohne nähere Angaben	145

Auch hier bin ich sehr kritisch vorgegangen, ich habe nur die Anamnesen verwertet, bei denen besondere Erkundigungen wie z. B. bei Gutachten eingezogen worden waren, oder sonst aus der fortlaufenden Darstellung sich eine genauere Kenntnis des Berichterstatters annehmen ließ. Bei der Anordnung der einzelnen Kategorien mußte ich mich natürlich an die gegebenen Bezeichnungen halten. Da wohl nur wirklich auffallende Defekte vermerkt wurden, haben wir es mit Mindestzahlen zu tun. Es sind also bei Summierung von a—f 49 % als von vornherein geistig minderwertig zu bezeichnen; mindestens 35 % (a—d) sind ausgesprochen Schwachsinnige, ein Teil von ihnen bildungsunfähig, Idioten. Bei einer nicht kleinen Zahl ist die gute Anlage und Schulbildung besonders betont. Da es sich mit zwei Ausnahmen (Delikte im Erregungszustand einer progressiven Paralyse und ein Affektverbrecher) um vielfach Vorbestrafte handelt, liegt es nahe, nach einer später hinzutretenden Schädlichkeit als Ursache für das Entstehen der Psychose und das Betreten der Verbrecherlaufbahn zu suchen, da auch die Forschung nach der Erblichkeit im Stiche läßt. Bei zweien kommt nun ein schweres Trauma ätiologisch in Betracht, bei vieren chronischer Alkoholismus. Bei den übrigen versagt die exogene Erklärung, eine deutliche Einwirkung des Milieu st nicht inachweisbar. Bemerkenswert ist dagegen, daß von den 24 verbleibenden 19 an Dementia praecox leiden.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Besondere Erziehungsmittel.

Rettungshaus	8	Sofort kriminell n. Entlassg.	20
Fürsorgeerziehung	4	Entwichen und kriminell	1
Zwangserziehung	13	Nach 1 Jahr kriminell	1
Waisenhaus	3	Nach 4 Jahren kriminell	2
Idiotenanstalt	2		
Trinkerheilstätte	1		

Bei den meisten handelt es sich um Psychopathen mit sehr frühzeitig hervortretenden verbrecherischen Neigungen: ein wesentlicher Erfolg ist nicht erzielt worden.

IV. Beruf.

Kein Beruf	49	
Ausbildung als Lehrling	34	
Geselle, Gehilfe	52	Nur Gelegenheitsarbeiter
Korbmacher, Bürstenbinder	7	Nur Gelegenheitsarbeiter
Knecht in Landwirtschaft	14	Nur Gelegenheitsarbeiter
Taglöhner, Fabrikarbeiter	135	Nur Gelegenheitsarbeiter
Selbständige Handwerker	15	
Landwirte selbständig	3	
unselbständig	9	
Kaufmann selbständig	3	
unselbständig	11	
Makler, Agent, Fabrikant, Photograph, Bauunternehmer, Rechtsanwalt, Wirt, Weinhändler, Bierbrauer, Privatbeamter, Geistliche	16	

Die ersten beiden Zahlen (zusammen 23,8 %) geben uns die Anzahl der geistig Tiefstehendsten an; ein Teil davon war überhaupt nicht imstande, die Volksschulbildung sich zu erwerben, ein Teil versagte aus Mangel an Begabung schon in der Lehrzeit. Nicht sehr viel höher steht die folgende große Gruppe der Gelegenheitsarbeiter; wenn auch ein Teil sich in einem Handwerk ausreichende Fähigkeiten angeeignet, in der Fabrik, der Landwirtschaft die nötigen Griffe gelernt hat, so haben wir es doch nicht mit ausgebildeten dauernden Arbeitern zu tun, bei den meisten dient die Berufsbezeichnung nur zur Ausfüllung ihres Personalregisters ohne überhaupt eine bestimmte Richtung ihrer Tätigkeit anzuzeigen; zuweilen wird anfänglich noch mit dem Erwerbszweig gewechselt, bald sinkt jedoch der Handwerker zu


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Handlanger herab und vermehrt das große Heer der Gelegenheitsarbeiter; bei ihren geistigen und körperlichen Mängeln finden diese Personen nur noch vorübergehend Arbeit; die gutgemeinten Versuche, sie an eine geregelte Tätigkeit zu gewöhnen, scheitern meist schon nach kurzer Zeit. Wir haben es hier mit der niedersten sozialen Schicht zu tun.

Die Zahl der selbständigen Existenzen, der in höherem Berufe stehenden ist in unserer Zusammenstellung nur eine sehr geringe.

V. Personenstand.

Verheiratet oder verwitwet	61	(17,5 %)
Geschieden	13	(3,7 %)
Ledig	274	(78,7 %)

Es bedarf keiner besonderen Ausführung, daß bei dem größten Teil derartiger Persönlichkeiten, die infolge ihrer schlechten Beanlagung nicht imstande sind, die Bildungs- und Arbeitsgelegenheiten zu benutzen, die frühzeitig dem Gefängnisse oder Irrenhause anheimfallen, die Gründung eines Hausstandes von vornherein ausgeschlossen ist. Immerhin ist die Zahl der Verheirateten nicht so klein. Ob durch die Ehe ein vorbeugender Einfluß auf die Kriminalität und die Entstehung der Psychose ausgeübt wird, läßt sich bei unserem Material schwer erschließen. Die Verhältnisse werden durch das Ineinandergreifen der beiden Schädlichkeiten zu kompliziert. Wir können nur das sagen: Da nur die geistig Rüstigeren und wirtschaftlich Selbständigen zur Eheschließung kommen, so müssen bei dem Zurücktreten der degenerativen Anlage die exogenen Faktoren in der Kriminalität eine größere Rolle spielen als bei den Ledigen. Dies wird nun dadurch bestätigt, daß die Verhältniszahl der nur einmal kriminell gewordenen zu den mehrfach kriminellen bei den Verheirateten (35 : 65 %) eine günstigere ist als bei den Ledigen (14 : 86 %). Ferner sind die Affekt- und Gelegenheitsverbrecher im Verhältnis zahlreicher als die Rückfall- und Gewohnheitsverbrecher. Eine günstige Beeinflussung dfurch die Ehe kommt bei Gewohnheitsverbrechern hier und da vor, andererseits findet sich eine Reihe von jungverheirateten Fabrikarbeitern, bei denen in Anbetracht der ständig sich mehrenden Delikte keineswegs „die sittigende Macht des Familienlebens" zu bemerken ist. Eine Anzahl Ehen wurden ferner mit Prostituierten


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgeschlossen. Einige Männer waren bei Eingehung der Ehe sicher schon geisteskrank.

Was nun die Art der Verbrechen betrifft, so fällt gegenüber den Ledigen auf, daß wir es mit einer Reihe schwerer Delikte, Sittlichkeitsverbrechen, schwerer Körperverletzung, Mord zu tun haben, während die Eigentumsvergehen viel geringer an Zahl und Bedenklichkeit sind. Die Erklärung finden wir zum Teil in dem Vorwiegen des chronischen Alkoholismus gegenüber den anderen Psychoseformen. Die Gewaltakte und Attentate richten sich gegen die Ehefrau und die oft noch unerwachsenen Kinder. Als wohl seltenes Vorkommnis ist die Ermordung eines Kindes, Verletzung eines andern und der Frau durch einen apoplektischen Kranken anzusehen. Neben dem Alkoholismus sind überhaupt die organischen Psychosen stärker betont, während Dementia praecox und Imbezillität weniger in Betracht kommen.

Wie groß der jeweilige Anteil der Psychose oder der Kriminalität oder beider zusammen bei Scheidung der Ehe ist, ist aus Mangel an zuverlässigen Angaben nicht festzustellen. In den meisten Fällen dürfte schon lange vorher ein Zusammenleben nicht mehr stattgefunden haben. Sicher ist nur, daß die Zahl der Geschiedenen eine sehr hohe ist. Bei den meisten Verwitweten bestand sowohl Psychose als Verbrechertum schon zu Lebzeiten der Frau, so daß wir deren Verlust nicht in Zusammenhang mit dem Rückgang des Mannes bringen können.

VI. Erkrankungen und krankhafte Erscheinungen.

a. In der Kindheit

Epileptische Anfälle (exkl. genuine Epilepsie)	11
Eklamptische Anfälle (Gichter)	6
Hysterische Anfälle	1
Pavor nocturnus, Somnambulismus	1
Enuresis (exkl. Epilepsie)	7
Hirn- und Hirnhautentzündung	5
Zerebrale Kinderlähmung	2
Taubstummheit	1
Commotio cerebri	2
Schwere Infektionskrankheit zum Teil mit nachfolgender Schwerhörigkeit	6



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alkoholismus (einmal im 2. Jahre)	7
Lues hereditaria	1
b. Im späteren Alter	
Typhus (23 J.)	1
Apoplexia cerebri (39 u. 48 J.)	2
Commotio cerebri (25 u. 26 J.)	2
Hirnhautentzündung (24 J.)	1

In dieser Tabelle finden Sie die Erkrankungen und Schädlichkeiten in den Jugendjahren, wie sie sich bei der Anamnese ergeben haben, verzeichnet. Der größte Teil fällt in die ersten Kinderjahre. Nach dem 15. Jahre findet sich nichts mehr angegeben. Die Zahlen sind nicht sehr groß.

Noch seltener sind die Erkrankungen in den späteren Lebensjahren, soweit ein wirklicher kausaler Zusammenhang mit Psychose und Kriminalität vorhanden ist.

Eine auffallende Erscheinung wurde mir durch meine jetzige Zusammenstellung wieder bestätigt, nämlich die Seltenheit, mit der die Erkrankung an Lues bei unseren kriminellen Kranken erwähnt wird. Daß durch syphilitische Aszendenten eine Schädigung im Keime bei vielen, besonders den Epileptikern, verursacht wurde, ist wohl sicher; wie groß der direkte Anteil jedoch ist, dafür fehlt jeder Maßstab. In den vorliegenden Anamnesen habe ich nur selten Lues bei den Eltern erwähnt gefunden, dabei noch verknüpft mit Psychose und Alkoholismus. Auch bei den Kranken selbst ist die Zahl der sicher Infizierten sehr gering; daß viele übersehen wurden, scheint mir nach meinen Erfahrungen unwahrscheinlich. Im ganzen sind es fünf, darunter zwei Paralysen; bei den anderen drei handelt es sich um Degenerationspsychosen; die Lues wurde beim Militär oder im Laufe eines Vagabundenlebens erworben, spielte keine kausale Rolle, besonders da noch Trauma und Potus konkurrieren. Man sollte annehmen, daß bei den ungünstigen Unterkunftsverhältnissen, der frühzeitigen sexuellen Betätigung, dem Verkehr mit Prostituierten eine Infektion häufiger vorkäme. Allerdings werden die Verbrecher durch ihre häufige Internierung im geschlechtskräftigsten Alter, ihre entkräftende Lebensführung, den Alkoholmißbrauch der Gefahr entzogen; diese Erklärung scheint mir jedoch nicht auszureichen. Ich glaube, daß die abnorme Anlage dieser Menschen auch in einer frühzeitigen Abnahme und Perversion des Geschlechtstriebes sich geltend macht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man findet unter den sonst körperlich noch gesunden Verbrechern häufig eine auffallende sexuelle Frigidität, bei andern macht sich der Geschlechtstrieb nur brunstartig oder nur durch Alkoholexzesse ausgelöst bemerkbar, richtet sich dann wahllos gegen zufällig begegnende weibliche Personen oder Kinder; unter den Opfern der an erwachsenen Frauen verübten Notzuchtattentate befinden sich mehrere Greisinnen. Die sonstigen Perversitäten führen ja auch selten zu einer Infektion. Aus diesen Gründen ergibt sich auch, daß die Fortpflanzungsgefahr keine so große ist, wie im allgemeinen angenommen wird; die oft empfohlene „Sterilisation“ der verbrecherischen Geisteskranken dürfte daher in dieser Richtung wenig Erfolg haben; ich glaube auch, daß durch die Kastration die Delikte an Kindern sich nicht verringern würden. In der Seltenheit der luischen Infektion liegt wohl auch der Grund, daß die Dementia paralytica so spärlich unter den Gewohnheitsverbrechern vertreten ist, für deren Vorkommen doch anscheinend sonst alle übrigen Vorbedingungen gegeben sind.

B. Psychose.

VII. Form der Psychose.

Dementia praecox		142	= 40,8 %
Imbezillität (und Idiotie)		59	= 17 %
Epileptische Demenz	26	43	= 12 %
„ Degeneration	17		
Paranoia		26	= 7 %
Degenerative Psychose		25	= 7 %
Alkohol-Demenz	11	24	
„ -Degeneration	13		
Zirkuläre Psychose		8	
Dementia paralytica		6	
Hysterie		5	
Paranoia querulatoria		3	
Postapoplektische Demenz		2	
Dipsomanie		2	
Senile Psychose		3	

Einzelne Diagnosen bedürfen einiger Ausführungen: Als größte Gruppe finden Sie an der Spitze die Dementia praecox. Ich habe absichtlich die *Kraepelin*sche Bezeichnung für die Zusammenfassung einer Reihe von Krankheitsbildern gewählt als die allgemein verständlichste und für meine praktischen Zwecke brauchbarste.

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Es könnte bei der hohen Prozentzahl scheinen, als ob die unklaren Formen und Verlegenheitsdiagnosen hier eingereiht wären, in Wirklichkeit handelt es sich aber bei unsern Kranken um eine gut abgeschlossene Gruppierung, bei der eine Abscheidung von den anderen Psychosen ohne besondere Mühe möglich war. Die klinischen Varianten innerhalb dieser Vereinigung haben uns hier nicht zu kümmern. Daß der größte Teil dieser Kranken seit Jahren in Anstaltsbehandlung steht, gibt der Beurteilung ja auch eine große Sicherheit. Die ersten Krankheitserscheinungen boten allerdings eine erhebliche Verschiedenheit; sie verliefen teils schleichend, teils in Schüben mit Erregungszuständen, bald traten mehr die intellektuelle Schwäche, bald mehr Charaktermängel, Sonderbarkeiten hervor; so sehen wir das Zustandsbild des angeborenen Schwachsinnigen, des nur sittlich Defekten oder des Psychopathen, oft scheint uns der geborene Verbrecher dazustehen. Der weitere Verlauf ist jedoch der gleiche: ein meist ziemlich rascher (in 59 Fällen in der Strafhaft festgestellter) geistiger und auch körperlicher Verfall. Wir können bei den jetzt in der Anstalt vorhandenen Kranken praktisch von einem Endzustande sprechen; sie sind alle hilflos und anstaltsbedürftig, eine Existenz in der Freiheit ist nicht mehr möglich, die Entlassungsversuche sind alle mißglückt. Der weitaus größte Teil der Kranken macht keine besonderen Schwierigkeiten. Der Einfluß der psychiatrischen Behandlung ist ein beruhigender. Die Kranken verlieren im Wachsaal einen großen Teil ihrer Gefährlichkeit. Zu bemerken sind die zuweilen auftretenden Remissionen, in denen die kriminellen Neigungen wieder hervortreten.

Hereditär belastet sind 40 Kranke, die Prozentzahl 28 bleibt also hinter der Gesamtbelastung etwas zurück. Gute oder normale Entwicklung und Schulbildung zeigen 28 (ich rechne dabei 9 Kranke hinzu, die ohne Schwierigkeiten ihren Militärdienst erledigt haben; als schwachsinnig, ethisch defekt, eigenartig, psychopathisch werden 43 bezeichnet. Die Dementia praecox steht etwas günstiger da als die übrigen Psychosen, wenn man in Rechnung zieht, daß von den 31 als gut entwickelt bezeichneten (s. Tab. II, S. 111) 19 zu ihr rechnen. Die Beendigung der Schulzeit, der Militärjahre ändern dieses Verhältnis. Wir begegnen dann den Wendungen wie: der Kranke wechselte oft den Beruf, er versagte, veränderte sich, verkam bald usw.; 32 Kranke



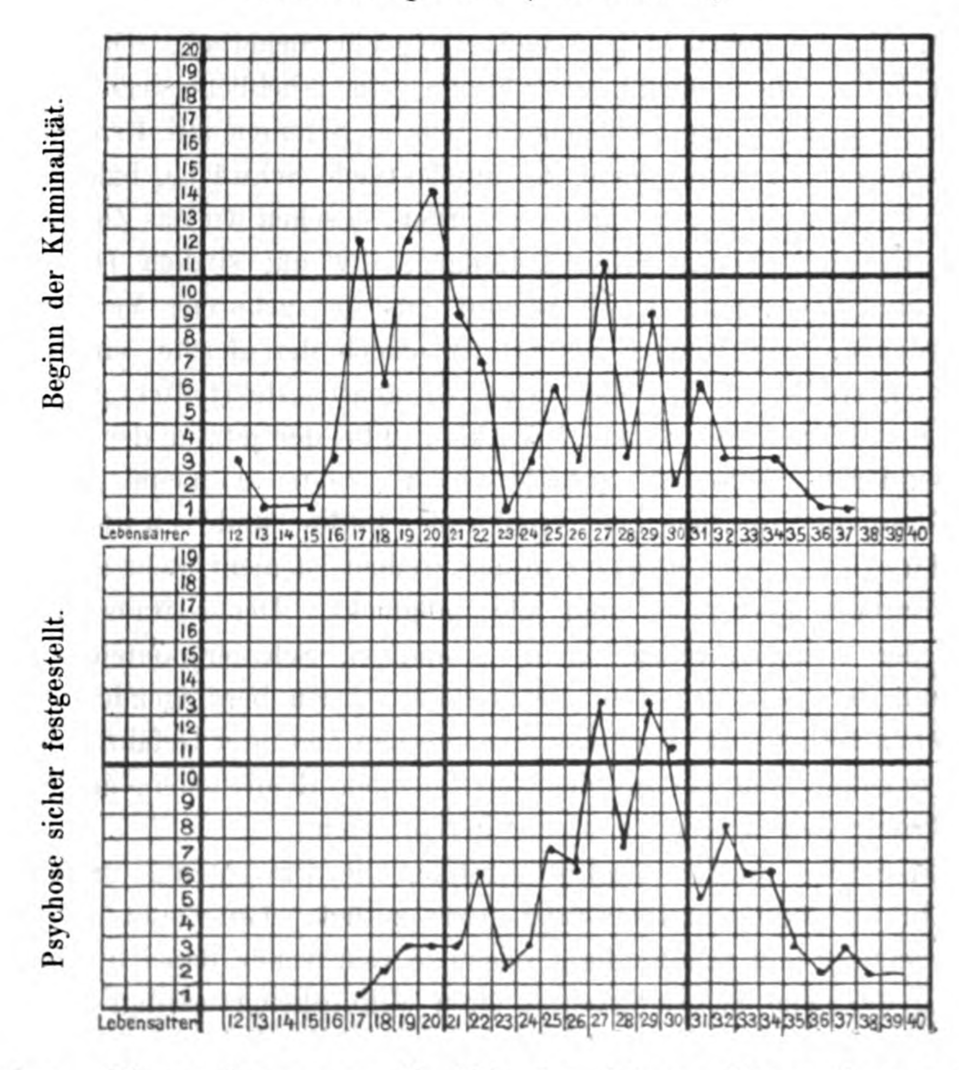
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waren bereits vor dem 21. Jahre ausgesprochene Landstreicher, eine Reihe scheiterte dann im Militärdienst.

Stellt man den Beginn der Kriminalität in einer Kurve dar, so erhält man die steilste Erhebung im 20. Jahre, dann einen raschen Abfall und nur noch zwei geringere Steigungen im 27. und 29. Lebens-

Dementia präcox (142 Kranke).



jahre. Ebenso kann man die Zeit der sicheren Konstatierung der Psychose, die sich mit der Unterbringung in die Anstalt, in die Irrenabteilung Bruchsal, Begutachtung nach § 51 meist deckt, in einer Kurve darstellen. Dieselbe beginnt im 17. Lebensjahre, steigt dann allmählich an, um im 27. und 29. Jahre ihre Höhe zu erreichen; von da fällt sie bis zum 31. Jahre rasch und dann allmählich ab. Es ist dabei


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu berücksichtigen, daß die Krankheitserscheinungen in der Zeit der Begutachtung schon eine sehr erhebliche Höhe zeigen, daß der wirkliche Krankheitsbeginn viel früher liegt. Besonders in den Fällen jenseits des 30. Lebensjahres treten uns vielfach ganz hochgradige Verblödungsprozesse entgegen, so z. B. ein Landstreicher mit Koprophagie. Ich habe aber davon abgesehen, eine Kurve nach dem Auftreten der für eine Psychose verdächtigen Erscheinungen zu zeichnen, da mir die Angaben nicht sicher genug waren. Die beiden Kurven können natürlich nur mit einiger Vorsicht in Relation gebracht werden. Durch die hohe Zahl werden allerdings einige Ungleichheiten ausgeschaltet, so die nicht häufigen Fälle, in denen das Delikt mit Feststellung der Psychose zusammenfällt, oder wo es später folgt. Eines scheint mir immerhin daraus hervorzugehen, daß der Beginn der Kriminalität in der Nähe der ersten Krankheitserscheinungen liegt, gewissermaßen in die Inkubationszeit hineinfällt. Es ist eine lohnende Aufgabe, bei allen derartigen Fällen an der Hand der Akten den frühesten Erscheinungen der Psychose nachzugehen. Ich glaube, daß bei der Dementia praecox die beiden Linien Kriminalität und Psychose, je sorgfältiger die Feststellungen sein werden, in immer spitzerem Winkel zusammenlaufen werden. Es ist das Verdienst der Heidelberger Schule, in den letzten Jahren hier in ausgedehntem Maße vorgearbeitet zu haben.

Bei den Gruppen Epilepsie und Alkoholismus habe ich Unterabteilungen gemacht; es handelt sich dabei natürlich nur um graduelle Unterschiede: auf der einen Seite starke Verblödungszustände, auf der andern nur die charakteristische Beschränktheit bei erhaltener Arbeitsfähigkeit. Es bedarf keiner Ausführung, daß nur die zweite Abteilung der Behandlung und Verwahrung Schwierigkeiten macht.

Die Gruppe Paranoia besteht aus Kranken mit systematisierter Wahnbildung bei Erhaltung der geordneten Persönlichkeit; abgesehen von einer sehr langsam zunehmenden geistigen Schwäche tritt ein Zerfall nicht ein.

Was ich als degenerative Psychose bezeichnet habe, umfaßt eine Reihe von sogenannten psychopathischen Persönlichkeiten; daß eine bestimmte Abgrenzung von den uns bekannten Psychoseformen sehr schwierig ist, ergibt sich schon aus den zahlreichen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnosen, die die Kranken oft trotz langer Beobachtung erhielten. Wir treffen Personen, die mit Paranoia, Imbezillität beginnen und mit Hysterie oder Epilepsie im weitesten Sinne endigen. Wir finden die bekannten Wendungen wie Epileptoid, Psychogenie, psychopathische Persönlichkeit mit hysterischen Zügen u. a. m.

Es handelt sich bei unseren Kranken um Leute, die schon in früher Jugend verbrecherische Neigungen zeigten, schon früh als moralisch defekt erkannt wurden, während der intellektuelle Schwachsinn offenbar weniger auffiel, eine kleine Anzahl wird sogar als gut begabt bezeichnet. Im spätern Alter treten jedoch bei den meisten die Verstandesmängel in ihrer Urteilsschwäche, Enge ihres Gesichtskreises, Unfähigkeit durch Erfahrung zu lernen, deutlich hervor. Ein eigentlich zunehmender Schwachsinn ist meist nicht zu konstatieren, einzelne können auch in höherem Alter noch als geistig rüstig bezeichnet werden. Frühzeitig kommen Alkoholexzesse mit Rauschdelikten, eine große Anzahl ist intolerant, hat pathologische Rauschzustände. Gemeinsam ist ihnen allen die pathologische Reaktion auf die Haft, sei es die Verhaftung selbst, sei es Untersuchungs- oder Strafhaft. Es kommt zu Erregungs-, Dämmerzuständen, zu dem sogenannten Haftpsychosekomplex, zu Stuporzuständen bis zu katatoner Spannung. In der Anstalt erweisen sie sich vielfach als brutale Persönlichkeiten, die zum Teil ganz raffinierte Entweichungen, auch unter Verleitung des Wartepersonals hinter sich haben. Um nur die psychopathologischen Merkzeichen hervorzuheben, so finden sich hysterische Züge, überspanntes Selbstgefühl, außerordentliche Reizbarkeit mit maßlosen Affektausbrüchen, oft Verstimmungszustände mit nervösen und hypochondrischen Klagen, sehr selten sind eigentliche Depressionen; auffallender Stimmungswechsel wird zuweilen betont. Einen periodischen Wechsel der Stimmungsanomalien habe ich öfters nachweisen können. Bei einzelnen schieben sich paranoische Phasen ein, in denen sie besonders für den Arzt gefährlich werden; paranoide Züge trifft man sehr häufig. Nicht zu vergessen sind die vielfach exazerbierenden Querulantenerscheinungen, die fast alle mehr oder weniger an sich tragen.

Nicht leicht von den Degenerierten zu scheiden sind die Imbezillen, bei denen die Moral insanity besonders hervortritt: es finden sich dann gerade unter diesen die unangenehmsten Elemente.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Derartige Persönlichkeiten hat *Longardt* [1]) treffend geschildert. Daran schließen sich dann die Kranken, die an die Geduld des Arztes und Personals außerordentliche Anforderungen stellen, die sogenannten erethischen Imbezillen: die Kranken befinden sich in ständiger leichter Unruhe, die sich in Necken, Konspirieren, heimtückischen Streichen, Beschädigungen, Fluchtversuchen, Querulieren usw. Luft macht; alles wird mit dem Anschein raffinierter Bosheit ausgeführt, überall tritt die anscheinend überlegte Absichtlichkeit zutage; kurze Ruhezeiten mit Äußerungen der Reue und guter Vorsätzen erhöhen für den Unerfahrenen noch den Eindruck, als ob der Kranke sich beherrschen könne.

Was die zirkulären Psychosen betrifft, so handelt es sich, abgesehen von einem Fall von Brandstiftung bei einem Melancholiker als Selbstmordversuch, um in der Erregung begangene Vergehen, vielfach ausgelöst durch Alkoholgenuß. Im allgemeinen kommt diesen Kranken keine besondere kriminelle Neigung zu. Auch die Eigentumsvergehen erweisen sich bei genauerer Betrachtung meist als leichte Delikte. Eigentliche Gewohnheitsverbrecher finden sich nicht unter den Manischen. Immerhin sind dieselben als recht gefährlich zu betrachten; unter den hier aufgeführten Kranken finden sich solche, die mit Brandstiftung und Totschlag in ernstester Weise drohten; einer machte sich an einem Läutewerke der Bahnlinie zu schaffen, wollte die Schienen mit einem Schraubschlüssel ablösen; ich kann noch einen ähnlichen Fall aus meiner Erfahrung beifügen, wo ein manischer Kranker sich an einem Weichenstellwerk zu schaffen machte, ein anderer ging in einen Maschinenraum und verstellte die Hebel. Eine verbrecherische Absicht liegt hier ja nicht zugrunde, die Handlung entspringt der Unruhe, dem Tätigkeitsdrang der Kranken.

Stellt man den Beginn der Kriminalität [2]) aller unserer Kranken in einer Kurve dar, so erhält man vom 12. Jahre an einen steilen Anstieg bis zum 20. Jahre, wo die Kurve ihren Höhepunkt erreicht, dann kommt ein sehr rascher und tiefer Sturz; im 27. und 29. Lebensjahre erhalten wir wieder zwei geringere Erhebungen;

---

[1]) Arch. f. Psych. 43.

[2]) Die rein militärischen Vergehen wurden nicht berücksichtigt; im übrigen waren die Strafregisterauszüge maßgebend.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann sinkt die Kurve stetig, nur im 32. Jahre zeigt sie noch einen kleinen Anstieg. Die Erhebung nach dem 20. Jahre zu entspricht den allgemeinen Erfahrungen. Ob der starke Abfall durch die Internierung

Beginn der Kriminalität.

Landesanstalten.

Irrenabteilg. Bruchsal.


Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allein erklärt wird, muß ich dahingestellt sein lassen, auch kann ich nicht sagen, wodurch der Wiederanstieg im 27. und 29. Jahre bedingt ist. Sie finden ihn auch in der Kurve für die Kriminalität der Dementia praecox. Der Gipfelpunkt für den Eintritt der Alkoholisten liegt bei meinen Kranken später.

C. Verbrechen.

VIII. Verbrechereinteilung.

Nichtvorbestrafte (einmal kriminell)		64
Vorbestrafte (mehrmals kriminell)		284
Zufallsverbrecher	—	
Berufsverbrecher	—	
Gelegenheitsverbrecher	11	
Vorbedachtsverbrecher	5	
(Bigamie, Erpressung, Urkundenfälschung, Totschlag in Gemeinschaft)		
Affektverbrecher		
Einmaliges Delikt 48	71	
Im Rückfall, d. h. Wiederholung des gleichen Delikts 23		
Gewohnheitsverbrecher (Rückfall 32)	261	

Ich habe die *Aschaffenburg*sche [1]) Einteilung gewählt mit einer Modifikation. Macht schon die Gruppierung bei nichtgeisteskranken Verbrechern Schwierigkeiten, so steigern sich diese bei unseren Kranken; die persönliche Kenntnis muß dabei entscheiden.

Die erste Rubrik enthält gar keine Einträge; es könnte dies überraschen, da man bei unseren Kranken bei ihrer Ungeschicklichkeit, Indolenz, Geistesschwäche schwere Fahrlässigkeitsdelikte erwarten sollte; allerdings wird ja ein großer Teil aus der strafrechtlichen Verfolgung ausscheiden, immerhin kann ich mich nicht vieler derartiger Vorkommnisse auch bei unseren Nichtkriminellen erinnern und glaube daher, daß die „Gemeingefährlichkeit" der Geisteskranken sehr übertrieben wird.

Daß keine Berufsverbrecher zu zählen sind, liegt wohl darin, daß diese sich nur in den ganz großen Bevölkerungszentren aufzuhalten pflegen, daß unseren Kranken ohne Ausnahme die Energie, die geistige Leistungsfähigkeit zu einer planmäßigen Ausführung von Eigentumsverbrechen fehlt. Ich habe kaum einen getroffen,

---

[1]) l. c.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

von dem ich sagen könnte, daß er seine Fähigkeiten bewußt zu kriminellen Handlungen ausnutzte, sich in der Ausführung weiterbildete. Bei größeren verbrecherischen Plänen handelte es sich um phantastische Gedankengänge.

Die Rubriken Gelegenheits- und Vorbedachtsverbrecher bedürfen keiner besonderen Erläuterung. Es sind einmalige Delikte, in gesundem Zustande ausgeführt.

Von einer besonderen Rubrik der Rückfallsverbrecher im kriminalstatistischen Sinne habe ich abgesehen; ein Teil derselben gehört nach ihrer verbrecherischen Lebensführung, nach der Zahl der Delikte zu den Gewohnheitsverbrechern, bei dem andern Teil handelt es sich zwar auch um Vorbestrafte, der Nachdruck des Vergehens liegt jedoch mehr auf dem unter besonderen Umständen hervortretenden krankhaften Affektausbruch als auf der verbrecherischen Gesinnung, wie z. B. bei vielen Delikten von Alkoholisten und Epileptikern.

Aus der Statistik geht hervor, wie überwältigend größer die Zahl der Vorbestraften und Gewohnheitsverbrecher ist gegenüber den Augenblicksverbrechern.

In Tabelle IX sehen Sie nun die Formen der Verbrechen gruppiert und die Beteiligung der einzelnen Psychosen an denselben. Wie aus der großen Zahl der Gewohnheitsverbrecher mit ihrer wechselnden Mischung von Delikten hervorgeht, ist eine reinliche Scheidung schwierig; ich habe dieselbe nach der vorwiegenden Zahl und Richtung der Verbrechen vorgenommen, zuweilen war das letzte schwere maßgebend, immer wurde die verbrecherische Eigenart des Täters in Rechnung gezogen.

Voran steht die Rubrik der Eigentumsvergehen.

In der zweiten Rubrik: Bettel und Landstreicherei finden Sie zwei Unterabteilungen: die der reinen Landstreicher, die sich der im Strafgesetzbuch als Übertretungen bezeichneten Vergehen schuldig gemacht haben und mit Haft und Nachhaft bestraft wurden, in der zweiten treten dann noch schwerere mit diesem „Gewerbe" verbundenen charakteristischen Delikte hinzu, wie Beamtenbeleidigung, Widerstand, Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung, auch Majestätsbeleidigung gehört hierher. Weiter finden sich dann noch Diebstähle und Sittlichkeitsvergehen, wobei die Gelegenheit und augen-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IX. Beteiligung der Psychosen an den Formen des Verbrechens.

		Dementia praecox	Imbezillität	Epilepsie	Paranoia	Degenerat. Psychose	Alkoholpsychose	Zirkuläre Psychose	Dementia paralytica	Postapopl. Demenz	Senile Psychose	Summe	In %
Eigentums-verbrechen	Diebstahl, Betrug, Unterschlagung	42 } 50	17	16 } 20	6 } 7	11 } 12	5	3	1	—	—	115	33 %
	Raub, räuberische Erpressung, Einbruch	8	—	4	1	1	—	—	—	—	—		
Bettel, Landstreicherei	Haft, Nachhaft	24 } 46	7 } 15	3 } 5	2	—	—	—	1 } 2	—	1	73	21,2 %
	Haft und Gefängnis	22	8	2	—	—	2	—	1	—	—		
Sittlichkeits-verbrechen	An Erwachsenen	11	7	4	1	4	—	—	—	—	1		
	An Kindern beiderlei Geschlechts	10 } 24	8 } 15	4 } 12	5 } 6	— } 5	3	—	—	—	—	66	18,9 %
	Sodomie, Päderastie, Exhibitionismus	3	—	4	—	1	—	—	—	—	—		
Körperverletzung		5	5	5	3	8	7	1	2	—	—	36	10,3 %
Beleidigung, Bedrohung		4	1	2	4	—	2	3	1	1	1	19	5,9 %
Brandstiftung		2	5	3	2	—	3	1	—	—	—	16	4,6 %
Mord, Mordversuch		6	1	1	3	2	2	—	—	1	—	16 }	5,7 %
Totschlag		4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5 }	
Meineid, Bigamie		1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	0,5 %
Summe.		142	59	48	29	27	24	8	6	2	3	348	

Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

blickliche Stimmung mitwirkte; immerhin sind dieselben nicht so häufig, daß nicht der Charakter des Landstreichers gewahrt bliebe.

Die Brandstiftungen erfolgten sechsmal unter der direkten Einwirkung von Alkoholexzessen. Zu beachten ist bei unseren Fällen, wie überhaupt bei Brandstiftungen, die große Neigung zu Rückfällen, oft in völlig geänderter geistiger Verfassung, das einemal motiviert, das anderemal ist die Motivierung verdeckt in einer starken Bewußtseinstrübung. Nächst den Sittlichkeitsverbrechern dürfte die Entlassung früherer Brandstifter am sorgfältigsten zu prüfen sein.

Bei den Sittlichkeitsverbrechen habe ich durch die drei Unterabteilungen den überwiegend perversen Charakter hervorzuheben gesucht.

Die übrigen Rubriken bedürfen keiner besonderen Erläuterung.

Die Einwirkung des ungünstigen Milieu auf das Entstehen der Kriminalität scheint bei unsern Kranken — es kommen hier meist nur die Gelegenheitsverbrecher in Betracht — nicht die Rolle zu spielen wie bei den nichtgeisteskranken Verbrechern. Wo schlechte Wohnungsverhältnisse, mangelhafte Erziehung, schlechtes Beispiel der Eltern und Geschwister, Verführung in der Anamnese erwähnt werden, handelt es sich auch um erblich belastete Individuen; der Einfluß der Veranlagung muß bei der Kriminalität unserer Kranken als der wesentlichste Faktor angesehen werden.

D. Unterbringung.

Es entsteht nun die Frage, wie die hier geschilderten kriminellen Kranken unterzubringen sind.

Von einem Modus sehe ich von vornherein ab, nämlich dem, welcher Besserungs- und Erziehungszweck dem der psychiatrischen Behandlung und Verwahrung voranstellt. Die wenig klaren Vorschläge beziehen sich auf die Errichtung von Verwahranstalten für moralisch Defekte, Besserungsanstalten, Anstalten für Leute mit Krankheiten der Charakteranlage, Strafabsonderungsanstalten, Kriminalasyle, Zwischenanstalten, Sicherungsanstalten usw.; hinsichtlich der Organisation begnügen sich die Autoren meistens mit der Bemerkung, daß sie „passend“ eingerichtet sein müßten.

Eine lebhafte Bewegung hat sich dann in den letzten Jahren für die gesonderte Behandlung und U n t e r b r i n g u n g d e r p s y-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chisch Minderwertigen erhoben. Eine eindeutige äußere Form zur Aufnahme in solchen Anstalten wäre jedoch nur dann gegeben, wenn der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit oder besser nach *Cramer* [1]) der geistigen Minderwertigkeit in das Gesetzbuch eingeführt würde. Die Feststellung der Minderwertigkeit und Vereigenschaftung für eine solche Anstalt wäre dann gerichtlich (zivil- oder strafrechtlich) gegeben. Hinsichtlich der Organisation solcher Anstalten, ihrer Größe, ihrer Stellung zu den Irrenanstalten ist damit natürlich noch nichts gesagt, die praktische Durcharbeitung ist bis jetzt noch ausgeblieben. Die Prozedur der Aufnahme und Entlassung dürfte eine äußerst umständliche werden. Es wird schließlich darauf hinauslaufen, daß Bewahranstalten gebaut werden, in welche die Minderwertigen kommen, von denen angenommen werden muß, daß sie infolge einer abnormen Anlage dauernd antisozial bleiben. Die Versorgung dieser Persönlichkeiten bildet ja auch den Angelpunkt, um den sich seit Jahren alle die langen Erörterungen über die Unterbringung psychotischer Rechtbrecher drehen. Es sind dies die Persönlichkeiten, die, um es herauszusagen, einer dem anderen zuschieben möchte, bei denen sich, mit einem kurzen Ausdruck, Zurechnungsfähigkeit und Strafvollzugsfähigkeit nicht decken. Ihre Zahl ist gerade groß genug, um höchst unbequem zu werden, und zu klein, um kostspielige und eingreifende Reformen zu rechtfertigen und einleuchtend zu machen. Wenn auch die Differenzierung dieser Grenzfälle bei ihren häufigen echtpsychotischen Zuständen von den sogenannten „echten" Psychosen, wie der Ausdruck jetzt oft lautet, zeitweilig Schwierigkeiten machen kann, ist eine klinische Abgrenzung immerhin doch ausführbar; die Unklarheit des Begriffs der Minderwertigkeit, soweit praktische Zwecke verfolgt werden müssen, tritt aber dann deutlich hervor, wenn auch noch die Versorgung der leichteren Fälle, der mit erworbener Minderwertigkeit, der prophylaktisch zu Detinierenden — bei diesen wird unter Umständen die Konstruktion eines Delikts vorgeschlagen — in besonderen Anstalten erwogen wird. Man braucht nur die Definitionen

1) „Die strafrechtliche Behandlung der Minderwertigen". Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 41. — „Psychiatrische Wünsche zur Strafprozeßreform." Referat auf der Jahresversammlung des Vereins für Psychiatrie, 1908. S. diese Ztschr. Bd. 65, S. 508 ff.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Autoren nebeneinander zu stellen mit ihren verschiedenen Einteilungsprinzipien, um zu erkennen, daß eine brauchbare Scheidung nicht herauskommen kann, daß eine fast willkürliche Einrechnung und Heranziehung von Psychosen jeder Art möglich ist. Ich darf Ihnen aus der Literatur eine kleine Aufzählung geben: leichte Imbezille, leichte Zykliker, Dégénérés supérieurs, Hysteriker, Epileptiker, Querulanten, Dementia praecox in der Remission und mit Defekt geheilt, Alkoholiker, Morphinisten, Traumatiker, Paralytiker, sexuell Perverse, endlich noch Senile und Arteriosklerotiker; dabei ist noch zu erwägen, daß bei allen die Minderwertigkeit jederzeit in Geisteskrankheit übergehen kann. Sie sehen, daß Sie in einer solchen Anstalt in kurzer Zeit auch alle Psychoseformen vertreten finden würden. Die Gefahr ist nicht gering, daß wegen einer kleinen Minderheit zahlreiche Kranke in eine Spezialanstalt für Minderwertige kommen, die in Irrenanstalten gehören und bisher auch ohne jeden Anstand in solchen verpflegt wurden. Wenn die Formulierung einer Aufnahmebestimmung, die wirklich nur Minderwertige trifft, Schwierigkeiten machen wird, so können wir uns mit den Juristen trösten, die sich in einer ähnlichen Lage befinden, da es ihnen nicht möglich ist, die unverbesserlichen und Gewohnheitsverbrecher abzugrenzen und gesondert zu behandeln. Der beste Beweis für die Unsicherheit, die hinsichtlich der zu versorgenden Minderwertigen herrscht, ist der, daß genauere vergleichbare Zählungen bis jetzt noch nicht ausgeführt worden sind. [1])

Um noch einmal auf die Grenzzustände zurückzukommen, so hat meine Erfahrung mich gelehrt, daß die bei diesen Menschen vorhandenen psychopathologischen Eigenschaften sich schließlich doch zu einer Geisteskrankheit addieren, daß dieselben doch als krank behandelt werden müssen, so sehr sich oft anfangs das subjektive Gefühl dagegen sträubte. Ich gebe zu, daß man bisweilen mit monströsen Persönlichkeiten zu tun hat, bei denen eine Diskussion darüber begreiflich wird, ob nicht für sie die schmerzlose Entfernung aus dem Dasein erlaubt

[1]) *Cramer* berechnet den Prozentsatz der Minderwertigen auf 60—80 von 1000. Die kurze Angabe des Referates macht es nicht möglich, auf diese Zahl einzugehen.

Werner (Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf) hält die Zahl der aus dem Strafvollzug stammenden Minderwertigen für nicht erheblich.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden sollte. Die Vorschläge sind in der Literatur nicht selten. Zum Glück sind diese Fälle nicht häufig, wie ja überhaupt die Abtrennung der Minderwertigen nicht so dringend ist, da der größte Teil den Strafvollzug ganz gut verträgt.

Ich gehe jetzt zu den eigentlichen Spezialanstalten über, für deren Notwendigkeit im wesentlichen zwei Gesichtspunkte sprechen sollen:

1. Die einheitliche zentralisierte Unterbringung der geisteskranken Rechtbrecher und die damit gegebene sichere und billige Verwahrung.

2. Die Entfernung dieser Kranken aus den öffentlichen Irrenanstalten. Dieselbe wird für notwendig erklärt, da diese Elemente die Irrenanstalt zu einem Verwahrhaus degradieren, ihr den Charakter als Krankenhaus rauben, die Weiterentwicklung der freien Behandlung hindern und sonst noch eine Reihe von schweren Mißständen schaffen; außerdem könne den unbescholtenen Kranken und ihren Angehörigen nicht die ständige Berührung mit schweren Verbrechern zugemutet werden. Da eine vollständige Erfüllung dieser beiden Bedingungen bei genauerer Prüfung doch nicht leicht erschien, tauchten in der Literatur Vermittlungsvorschläge auf, so Gründung von Anstalten lediglich für gefährliche Kranke: in diese sollen kommen die schwer zu behandelnden geisteskranken Rechtsbrecher, dann aber auch die Nichtbestraften mit verbrecherischen Neigungen, die Kranken, die innerhalb der Anstalt ein schweres Delikt begangen haben, Paranoiker mit aktiven Tendenzen gegen bestimmte Personen und überhaupt alle sehr gefährlichen Kranken; einzelne Autoren fügen noch tröstend bei, daß es sich nur um die „Superlative" handle. Ich kann über diese Vorschläge kurz hinweggehen, da dieselben zu sehr den Stempel des Subjektiven tragen, als daß ihnen eine praktische Bedeutung zukäme:

Ich komme zu dem Modus, der hinsichtlich der praktischen Durchführung klare Verhältnisse schafft: es sollen in die Spezialanstalten: 1. diejenigen Personen, die wegen eines Verbrechens oder Vergehens in Untersuchung kommen und wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gesetzt werden; 2. die Personen, die in der Strafhaft geistig erkranken, und deren Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brierre de Boismont sagte in einem Vortrage, in dem er 1871 die Spezialasyle befürwortete: „dans les questions de ce genre il faut tenir égale distance de Charenton et de la bastille". Eine schöne Form für eine schwierige Forderung. Derartige Anstalten — und ich befinde mich da in Übereinstimmung mit allen erfahrenen Beurteilern — können nur nach irrenärztlichen Grundsätzen geleitet werden. Jede Verschiebung nach der Gefängnisdisziplin bringt die Übelstände wieder, die ja gerade den Strafvollzug erschwerten oder ausschlossen. Wir müssen auch damit rechnen, daß wir es mit einem bunten Gemisch von psychopathischen Personen zu tun haben, die nur individuell behandelt werden können; es wird deshalb auch allgemein die Forderung erhoben, derartigen Anstalten nicht mehr als 2—300 Plätze zu geben. Es ist eine weitgehende Differenzierung nötig, wir brauchen Abteilungen für Überwachungsbedürftige, für Störende, Lazarettabteilungen für die nicht geringe Zahl von körperlich Leidenden, gesicherte und freiere Häuser, Arbeitsräume verschiedener Art, Garten und Feld. Die Vorbilder für diese Anstalten existieren ja in England und den Vereinigten Staaten, dieselben unterscheiden sich von der Irrenanstalt im Wesentlichen durch die festere Verwahrung und Erschwerung der Entlassung. Wir dürfen dabei nicht vergessen, daß Broadmoor durchaus nicht alle Geisteskranken aufnimmt, die ein Verbrechen begangen haben, daß ferner der größte Teil der in der Strafhaft erkrankten Verbrecher in die Irrenanstalten kommt. Die Überfüllung in diesen Spezialanstalten hat schon schwierige Situationen mit sich gebracht; die Mißstände werden nur dadurch gemildert, daß den Anstalten große Mittel zur Unterhaltung und Beschäftigung der Insassen zur Verfügung stehen; so zahlt Broadmoor eine nicht kleine Arbeitsentlohnung. Was den vielfach für diese Anstalten geforderten Arbeitszwang betrifft, so glaube ich, daß wir nicht anders als die Irrenanstalten vorgehen können. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir es bei diesen Personen vielfach mit einer Arbeitsbeschränkung und Behandlungsbedürftigkeit zu tun haben, die auf körperlichen Krankheitszuständen, nervösen Störungen, Stimmungsschwankungen beruht, die der Kranke erst allmählich überwinden lernt.

Wie groß müßte nun eine derartige Anstalt für die Verhältnisse des Großherzogtums Baden angelegt werden? Sie sehen dies am besten aus:


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

X. Art der Aufnahme.

1. Im Anschluß an ein Delikt	Bestand: 348)		Zugänge in 1 Jahr (06)	
a. sistiert, z. T. schon nach § 51 behandelt	84		12	
b. Untersuchungshaft (Psychose in Haft ausgebrochen oder Haft nach § 51 aufgehoben)	98		25	
c. Strafhaft:				
1. Aus den Strafanstalten[1]) bzw. Irrenabteilung Bruchsal (mit Unterbrechung oder Beendigung der Strafe)	76	122	21	27
2. Arbeitshaus	46		6	
2. Ohne Zusammenhang mit einem Delikt				
a. Früheres Delikt liegt weit ab von der Psychose (meist Affekt- und Gelegenheitsverbrecher)...	10	44	10	24
b. Psychotische Erscheinungen während der kriminellen Zeit; § 51 mehrfach angewendet (meist Gewohnheitsverbrecher)	34		14	

Sie finden den derzeitigen Bestand an Kriminellen nach der Art der Aufnahme geordnet, nebenan nach gleichen Gesichtspunkten die Zugänge in einem Jahre. Für den Bauplan und die sonstigen Dispositionen werden Sie den künftigen Bestand zugrunde legen müssen; die Aufnahmeziffer allein kann nicht maßgebend sein, da die Kranken lange in der Anstalt bleiben. Als Mindestzahl erhalten Sie also die Summe von a, b und c, 304 Kranke. Nehmen Sie c allein für eine Spezialanstalt, so treffen Sie gerade die Persönlichkeiten nicht, die für die Irrenanstalten am unangenehmsten sind, deren Entlassung in die Freiheit nach Aufhebung eines gerichtlichen Verfahrens die Öffentlichkeit am meisten irritiert. Die Rubrik a müssen Sie zurechnen, weil dieselbe in Zukunft mit b zusammenfällt. Die jährlichen Zugänge finden Sie nebenan, an Zahl 64. Auch hier Mindestzahlen. Die Zahl der geisteskranken Rechtbrecher ist im Steigen begriffen, es hängt dies zusammen mit der Zunahme der Großstädte, der fortschreitenden Industrialisierung, die ja eine Erhöhung der Kriminalität mit sich führt.

[1]) Bei den aus den Strafanstalten übernommenen Kranken befinden sich auch solche aus den Amtsgefängnissen und außerbadischen Strafanstalten.

Die direkten Zugänge aus den Landesgefängnissen werden immer mehr durch die aus der Irrenabteilung ersetzt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ferner kommt dazu die sorgfältigere Auslese aus den Strafanstalten; endlich werden bei Bestehen einer derartigen Spezialanstalt manche Verurteilungen wegfallen. Wie groß nun der daraus entstehende Zuwachs sein wird, ist schwer zu sagen. Ich habe den Versuch gemacht ihn zu berechnen. Einen gewissen Anhaltspunkt finden wir nämlich in der Zahl der Personen, die nach § 81 der StPO. zur Beobachtung kommen und meist als vermindert zurechnungsfähig behandelt werden oder nach § 51 in Freiheit gesetzt wurden. Es sind meist Grenzzustände, bei denen sowohl für den Richter wie für den Arzt die Entscheidung nicht immer leicht ist. Hinzugerechnet habe ich dann noch eine Anzahl immer wieder rückfällig werdender Alkoholisten und Epileptiker, deren längere Unterbringung in einer Irrenanstalt Schwierigkeiten macht. Als Unterlage diente mir hauptsächlich die Durchsicht der Aufnahmen der Heidelberger Klinik. Ich komme bei einer vorsichtigen Berechnung auf die Zahl 24. Wir werden also bei einer Spezialanstalt mit einer Aufnahmeziffer von mindestens 90 Kranken im Jahre rechnen müssen.

Wie steht es nun mit den Entlassungen? Daß diese sich viel langsamer vollziehen müssen als in einer Irrenanstalt, ist klar. Die Bedingungen sind viel schwieriger, gewöhnlich ist noch ein großes Schreibwerk damit verbunden. Der Abgang durch Tod ist viel geringer. Da es bei derartigen Personen sehr schwer ist, die sogenannte „Gemeingefährlichkeit“ vollständig zu negieren, so wird vermutlich die Verantwortung für die Entlassung noch mehr hin- und hergeschoben werden wie jetzt schon. Ein Ausweg wäre der, daß alle zur Entlassung Kommenden zuerst durch eine Irrenanstalt hindurch müßten, gewissermaßen noch einmal überprüft würden. Ich halte dies aber für eine nutzlose Hinausschiebung der doch kommenden Entlassungsfrage. Es ensteht auch der Konflikt: soll der Kranke wieder zurückversetzt werden, wenn ihn die Irrenanstalt nicht für entlassungsfähig hält? Eine Entlastung der Spezialanstalt wäre dann gegeben, wenn die Unschädlichen und Verblödeten in eine Irrenanstalt versetzt würden. Der Verteilungsmodus würde nicht leicht sein. Die Irrenanstalten würden auch wenig Freude an der Überführung dieser Ruinen haben und wohl den früheren Zustand wieder vorziehen. Oder sollte für diese Kranken noch eine besondere Pflegeanstalt, also eine Anstalt 4. oder 5. Klasse gegründet werden? Ich habe versucht aus der hierfür allerdings nicht sehr geeigneten Krankenbewegung der jungen Anstalt Wiesloch die Zahl der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entlassungen krimineller Kranken zu berechnen und bin dabei auf 22% der kriminellen Aufnahmen gekommen, ein für die Dauer zu günstiges Verhältnis. Immerhin will ich es zugrunde legen. Darnach müßten wir also rechnen, daß eine mit 100 Kranken eröffnete Spezialanstalt nach 10 Jahren mindestens 800 Betten nötig hat.

Es sind dabei noch andere Erwägungen zu machen, vor allem die Frage der Beschaffung von Ärzten und Wartepersonal für eine solche Anstalt. An den Irrenanstalten ist die Behandlung der Verbrecher eine Belastung, die zu den idealen Bürden des Berufs gerechnet wird. Ich glaube, daß in einer Spezialanstalt höhere Ansprüche erfüllt werden müßten.

Ein Punkt ist ferner noch sehr zu beachten: nämlich die Feststellung, daß der Kranke vor der Aufnahme tatsächlich ein Delikt begangen hat; das gerichtliche Verfahren muß daher, soweit es gesetzlich möglich ist, durchgeführt werden. Meist bestreitet der Täter und seine Angehörigen ja energisch jede Schuld. Auch wird ein forensisches Gutachten, das nur „mit großer Wahrscheinlichkeit" den §51 annimmt, nicht genügen. Die Nichtbeachtung dieser Maßregel kann unter Umständen zu großen Schwierigkeiten Anlaß geben. Es kommt dies jetzt schon vor: so kämpfte in einem unserer Fälle die Mutter eines epileptischen Brandstifters unentmutigt um die Entlassung ihres Sohnes mit der Begründung, daß der Beweis für die Schuld nicht erbracht sei, daß keinerlei Grund für die Internierung des harmlosen fleißigen Menschen gegeben sei. Interessant war dabei auch, daß durch die Einstellung des Verfahrens wegen Geisteskrankheit dem Kriminalschutzmann die Prämie auf Entdeckung des Täters entging.

Wenn wir daher die Vor- und Nachteile der Spezialanstalten abwägen, so werden wir uns sagen müssen, daß die ersteren nur in einem größeren Lande sich geltend machen werden; mit dem Bestehen einer solchen Anstalt wird sich sicher auch das Bedürfnis zur Unterbringung steigern und eine ständige Vergrößerung notwendig machen.

Die Irrenanstalten werden nun fragen: sollen wir die bekannten Unzuträglichkeiten noch weiter auf uns nehmen, unseren Insassen noch weiter zumuten mit Verbrechern zusammen zu leben? Wir werden diese Frage vorläufig mit ja beantworten müssen. Die Zahl der Kriminellen ist eine zu große, als daß eine Abtrennung sich zurzeit in befriedigender Weise durchführen ließe. Wir müssen die Kriminalität unserer Kranken


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als ein weiteres Krankheitssymptom mit in den Kauf nehmen. Am besten demonstrieren dies Zahlen: die städtische Irrenanstalt Frankfurt a. M. hatte 1906 unter 500 männlichen Erstaufnahmen 233 Bestrafte, also 46,66%, davon sind 75% mehrfach bestraft [1]). Unter den 327 männlichen Aufnahmen der Heidelberger Klinik 1906 sind 105 mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, also 32%, von diesen können 58% ruhig als Gewohnheitsverbrecher bezeichnet werden. Selbst wenn die Irrenanstalten die Aufnahmen aus den Strafanstalten und der Untersuchungshaft ablehnen könnten, würden sie dennoch nicht frei von Kriminellen bleiben. Der Beweis liegt in den unter Tab. X 2 angeführten Zahlen. Die unter b stehende enthält zum Teil schwere Gewohnheitsverbrecher; dieselben kommen aus Kreispflegeanstalten, Krankenhäusern, wo ihre psychische Erkrankung festgestellt wurde; einzelne wurden in hilflosem Zustande sistiert, andere offenbar krank aus der Strafhaft entlassen. Die Zeit ihrer letzten Strafverbüßung lag sehr verschieden zurück. Dem Standpunkt, daß Nichtbestrafte nicht mit Bestraften zusammen verpflegt werden dürfen, steht eben der gegenüber, daß die letzteren ohne Rücksicht auf ihre Vergangenheit als Kranke aufgenommen und als solche behandelt werden müssen. Ich persönlich halte die Mißstände, die sich aus der Vermischung ergeben, nicht für groß. Bei dem weitaus größten Teil — man denke an die 40% Dementia-praecox-Fälle — verschwindet die kriminelle Beigabe mit dem Fortschreiten der Psychose bald; ein anderer Teil verhält sich in der Anstalt durchaus geordnet, so daß kein Anlaß besteht, denselben anders wie die übrigen Kranken zu behandeln, wir würden die stetigen Arbeiter auch bald vermissen; dann kommt noch eine Reihe in Betracht, deren unangenehme Seiten sich nur zeigen, wenn sie mit komplottierenden Elementen zusammentreffen; der kleine Rest schafft dann allerdings schwierige Verhältnisse. Gewöhnlich bleibt aber bei einiger Vorsicht die Kriminalität unserer Kranken unbekannt, bis irgendein skandalsüchtiger Maniakus bei einem Streit dieselbe ans Licht zieht oder ein jugendlich Schwachsinniger durch Schilderung des Milieu, in dem er leben müsse, eine Pression auf seine Angehörigen zu machen versucht, um entlassen zu werden. Was endlich die Gefährlichkeit betrifft, so sind nach meinen Erfahrungen manische Kranke und einzelne Paranoiker oft weit bedrohlicher.

[1]) Jahresbericht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir müssen also besondere Vorkehrungen treffen, um einen kleinen Teil der Kriminellen besonders zu verwahren. Eine Übersicht erhalten Sie aus folgender Tabelle:

XI. Besondere Verwahrung

bedürfen 58 = 16 % der Kriminellen = 3,2 % des Bestandes;
davon Isolierung 5
,, Separierung 21
Gemeinsame Verpflegung ..... 32.

Art ihrer Aufnahme und Diagnose:

	Degenerat. Psychose	Imbezillität	Paranoia	Epilepsie	Dement. praecox	Summe
Untersuchungshaft	7	9	3	5	2	26
Strafhaft	5	4	2	1	7	19
Arbeitshaus	3	1	—	—	3	7
Polizeil. Sistierung	1	1	—	1	—	3
Ohne vorher. Delikt	—	—	1	1	1	3
Summe	16	15	6	8	13	58
In Prozent der Krankheitsgruppe (s. Tab. VII)	53 %	23,7 %	23 %	18,6 %	9,15 %	—

Krankenbewegung in einigen gesicherten Häusern (1907):

Anstalt	Plätze	Verhältnis: Aufnahme zu Entlassung		Versetzung in die Hauptanstalt	Genehmigung der Behörde nötig
Tapiau	68	2 : 4	davon:	3	ja
Langenhorn ..	55	33 : 30	,,	12	nein
Eickelborn ...	52	9 : 7	,,	—	ja zur Aufnahme in die Hauptanstalt
Düren	48	14 : 13	,,	1	ja
Neustadt i. H.	35	23 : 24	,,	15	nein

Ich muß begründen, was ich unter gefährlichen kriminellen Kranken verstehe; es handelt sich um Leute, die durch die Schwere und Zahl ihrer Delikte, durch ihre verbrecherischen Neigungen, durch ihre antisozial veränderte Persönlichkeit zeigen, daß sie eine erhebliche Gefahr für Leben und Eigentum ihrer Mitmenschen bilden. Innerhalb


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Irrenanstalten sind sie alle als fluchtverdächtig zu betrachten. Die Fluchtgefahr wird erhöht durch die körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die sie zu Entweichungsplänen zu benützen verstehen. Sie verschaffen sich Waffen und Werkzeuge, die sie mit durch Erfahrung erworbener Geschicklichkeit zu verbergen und verwenden wissen, sie bereiten gemeinsam die Flucht vor, sie komplottieren, querulieren, verleumden und verderben das Personal. Für Ärzte und Wärter werden sie gefährlich durch ihre große Reizbarkeit, ihre Affektausbrüche, den häufig auftretenden Haß und Verfolgungswahn.

In der Unterbringung bedürfen sie gewisser Abstufungen: eine kleine Zahl hat zeitweise unbedingt die Isolierung nötig, d. h. die Unterbringung in einem Raum, der jede Kommunikation nach außen und jede Möglichkeit einer Beschädigung ausschließt. Ein weiterer Teil bedarf der Separierung, d. h. auch eines gut verwahrten Einzelzimmers, in dem der Kranke jedoch nach Ermessen des Arztes sich beschäftigen kann; eine andere Gruppe kann zwar am Tage mit anderen zusammen sein, muß aber nachts allein und sicher untergebracht werden. Der größere Rest dagegen kann gemeinsam leben und beschäftigt werden; es muß jedoch jederzeit die Möglichkeit vorhanden sein im Falle eines Komplotts, einer Erregung zu separieren; es muß ihm die Gelegenheit entzogen werden können, sich Instrumente zu verschaffen, etwas zu zerstören. Die alten Irrenanstalten hatten in ihren Zellentrakten, Tobhöfen für solche Personen noch einigermaßen sichere Verwahrungsorte, allmählich gingen diese jedoch verloren, es wurde leichter gebaut, es entstanden die modernen Wohnabteilungen. Dieselben sind jedoch gänzlich ungeeignet für die Unterbringung derartiger Kranker, wenn sie auch z. Z. viel dazu benutzt werden. Man mutet ihnen damit etwas zu, wozu sie nicht bestimmt sind. Sie sollen dienen zur Behandlung tobsüchtiger, ungeordneter, sich selbst gefährlicher, hilfloser Kranken, die alle durch ihre Krankheitsäußerungen für ihre Umgebung störend sind. Der kriminelle Kranke bedarf jedoch dieser Form der Beaufsichtigung nicht, sie ist für ihn nur schädlich und erregend, die erzwungene Untätigkeit, das Bettliegen, die enge Nachbarschaft mit unreinlichen, verwirrten Kranken übt einen ungünstigen Einfluß auf ihn aus. Seine gesteigerte Reizbarkeit macht sich in brutalen Akten gegen seine Mitkranken Luft. Bei seinem langen Verweilen auf der Wachabteilung, wo er für Neuaufnahmen den



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Platz versperrt, lernt er die Mängel der Aufsicht, der Bauart bald kennen. Da die Aufmerksamkeit der Wachen vielfach durch Hilfeleistungen, Abwehr bei anderen Kranken abgelenkt wird, so gelingt es ihm schließlich doch, eine Entweichung vorzubereiten und auszuführen. Je mehr derartige Personen in einer Abteilung sich anhäufen, desto schärfer müssen die Vorsichtsmaßregeln und desto zuverlässiger die baulichen Sicherungen sein, die „Brachialgewalt" — um einen Ausdruck zur Zeit des Kampfes um das No restraint anzuwenden — ist hier nicht mehr ausreichend. Wir müssen auch mit dem rein menschlichen Versagen des aufsichtführenden Personals rechnen.

Eine Vorkehrung nun zur gesicherten Verwahrung dieser gefährlichen Elemente, die in neuester Zeit, der Not gehorchend, immer mehr Aufnahme findet, ist die Errichtung eines Spezialpavillons an einer Irrenanstalt. Es hat sich hier gleich eine Modifikation herausgebildet, die man in ihrer künftigen Wirkung streng abtrennen muß: der sogenannte Adnex, wie ich ihn bezeichnen will, der zwar unter der gleichen Leitung wie die Hauptanstalt steht, aber doch von ihr getrennt ist dadurch, daß die Kranken dieses Pavillons besonderen Vorschriften der Behörde über Aufnahme, Entlassung, Versetzung in die Hauptanstalt unterworfen sind, daß in einzelnen nur Kranke aus den Strafanstalten aufgenommen werden. Diese Form der Unterbringung ist entschieden ein Rückschritt; es ist eine durchaus falsche Maßnahme, aus einem Aufnahmebezirk von zirka 2 Millionen 30—40 der gefährlichsten Elemente zusammenzusuchen und unter möglichst schwierigen Entlassungsbedingungen in einem kostspieligen Bau unterzubringen. Es wird dadurch ganz unnötig eine Kumulierung aller Mißstände herbeigeführt, die man gerade vermeiden möchte; statt die gefährlichen Elemente zu trennen, vereinigt man sie und setzt damit die neue Einrichtung auf eine Probe, die sie das erstemal meist nicht besteht. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, tritt bald ein weiterer Nachteil ein: die Plätze sind rasch besetzt, die Aufnahmen stocken, in den übrigen Anstalten entwickeln sich bald wieder dieselben Zustände wie früher. Dabei hat sich jetzt schon die Notwendigkeit erwiesen, einzelne Kategorien gefährlicher krimineller Kranker, wie Katatoniker, Epileptiker mit Anfällen, als ganz ungeeignet für die Adnexe fernzuhalten; auch die jugendlichen Verbrecher gehören wohl dazu. Bald erweist sich die Notwendigkeit,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Adnex zu vergrößern oder einen neuen zu bauen; die Erfahrungen liegen ja schon vor. Die Auswahl der zu Entlassenden wird bei dieser Form der Verwahrung und der Lähmung der ärztlichen Autorität und Initiative immer nur eine geringe und verantwortungsvolle sein. Dabei liegt noch die Gefahr vor, daß Leute in dem Adnex festgehalten oder in denselben versetzt werden und ein Bett für zirka 8000 M. wegnehmen. die früher ziemlich frei mit gutem Erfolg behandelt wurden. Die Gefahr der Artefaktbildung ist eine große. Die analogen Verhältnisse haben wir ja bei der Aufhebung der Zellenbehandlung gehabt. Ich erinnere mich noch gut der Scheu, mit der man an die Frage herantrat, ob ein jahrelang in der Zelle verwahrter Kranker wieder unter andern verpflegt werden könnte.

Die großen Schäden, die sich bei der gegenwärtigen Unterbringung der geisteskranken Rechtbrecher in den Irrenanstalten ergeben haben, liegen zu einem Teil in der Überfüllung mit all ihren ungünstigen Nebenwirkungen, der unzweckmäßigen Anhäufung in einzelnen Anstalten, die sowieso schon mit allerlei Schwierigkeiten zu kämpfen hatten, ferner in der gegenwärtigen Entwicklung unserer modernen Irrenanstalten, in denen die Sicherungsmaßregeln zugunsten der freien Behandlung zurückgetreten sind, so daß die gefährlichen kriminellen Elemente in die Wachabteilungen hineinkommen, in die sie nicht passen. Wir müssen daher diese Fehler soviel als möglich zu vermeiden suchen und können dies durch folgendes:

1. Durch Dezentralisation der Unterbringung der geisteskranken Rechtsbrecher. Jede Anstalt übernimmt die Versorgung der kriminellen Kranken ihres Aufnahmebezirks. Je mehr Anstalten daran beteiligt sind, desto günstiger. Ich halte dies für die wichtigste Maßnahme, die allen anderen vorangehen muß, ohne die alle anderen unwirksam bleiben. Es wird dadurch auch einem bei uns vorkommenden Mißstande einEnde gemacht, daß derartige Kranke in Armen- und Krankenhäusern, Kreispflegeanstalten untergebracht werden, bis endlich die Anstalt gefunden wird, in die sie gehören.

2. Diese Verteilung der Kranken muß in den Irrenanstalten dann fortgesetzt werden; für die Fluchtgefährlichen ist durch Errichtung von gesicherten Abteilungen oder Häusern zu sorgen; dieselben müssen aber organisch mit der Irrenanstalt verbunden sein, dürfen kein Adnex derselben sein. Nur unter dieser Bedingung, unter reinem irrenärzt-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichem Regime, können wir alle Kategorien von Kranken vereinigen, die Bestraften, die Exkulpierten, die Minderwertigen mit verbrecherischen Neigungen, die gefährlichen Kranken; es darf kein Verbrecherpavillon sein, sondern ein Haus für Gefährliche. Die Unterbringung darf nur nach ihrem Zustande und nach ärztlichen Gesichtspunkten geschehen. Dadurch wird auch die Krankenbewegung nicht gehindert, es kann jederzeit Platz gemacht werden für die Aufnahme von außen oder aus der Hauptanstalt selbst. Der Charakter der Irrenanstalt als Krankenhaus kann dadurch gewahrt bleiben, ohne daß die Pflichten gegen die Sicherheit der Mitmenschen Not leiden. Es empfiehlt sich, derartige Häuser nicht zu klein zu bauen, bei den großen Anstalten für etwa [illegible]0 Kranke. Die Aufwendung für die einzelnen Kranken wird kleiner als in einem Hause für 25 Kranke. Besonders muß man dabei in Rechnung ziehen, daß der Pavillon als ein Teil der Anstalt zur Versorgung der übrigen Kranken mitzählt, nicht eine separate Einrichtung ist. Dadurch wird auch verhindert, daß bei Mangel an kriminellen Kranken Plätze leer stehen. Auch der Betrieb wird in einem größeren — natürlich übersichtlich gebauten — Hause billiger, es ist eine bessere Disposition des Personals möglich, von dem in einem kleineren Hause durchaus nicht viel weniger gebraucht wird. Werden die gefährlichen Kranken von vornherein im Lande richtig verteilt, so bedarf nicht das ganze Haus der komplizierten Sicherheitsmaßregeln. Die Einrichtung eigentlicher Wachabteilungen mit Dauerbädern ist entbehrlich. Selbstverständlich müssen für den Bau irrenärztliche Erfahrungen den Ausschlag geben; bauliche Nachlässigkeiten rächen sich sehr bald.

Sollte schließlich das Bedürfnis sich ergeben — und bei der Zunahme der auch bei uns sich jetzt bemerkbar machenden großstädtischen Eigentumsverbrecher, Zuhälter, Rowdies ist dies wohl zu erwarten — derartige tatsächlich der Anpassung unfähige Elemente gesondert unterzubringen, so möchte ich auf einen Vorschlag von Direktor *Fischer*-Wiesloch hinweisen, den derselbe schon im Jahre 1897 [1]) machte, nämlich die Erstellung eines gesicherten Hauses im Anschluß an das Arbeitshaus Kislau, ein Plan, der jetzt in der Rheinprovinz für Brauweiler zur Ausführung kommt.

Man hat in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit den Irrenanstalten den Vorwurf gemacht, daß sie es mit den Entlassungen

[1]) „Fürsorge für irre Verbrecher", Straßburger Post.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krimineller Kranker zu leicht nähmen. Wenn auch die Anklagen in sehr übertriebener Weise und ohne jede Kenntnis der Sachlage erhoben wurden, so muß ich doch für manche Entlassung zugeben, daß sie besser unterblieben wäre, wenn auch ein nennenswerter Schaden nicht entstanden ist. Mit einer Verschärfung der Entlassungsbedingungen ist es nun aber nicht getan, man muß auch die Möglichkeit geben, fluchtverdächtige Kranke festhalten zu können. Viele derselben wissen genau und pochen darauf, daß sie, wenn sie wollen, jederzeit entweichen können. Ich halte daher zurzeit den Bau etwas festerer Häuser, als sie gewöhnlich in dem Plan einer kolonialen Anstalt vorgesehen werden, für notwendig.

Ich komme damit zum Schlusse. Eine erschöpfende Behandlung dieses Gegenstandes geht weit über den Rahmen eines Referats hinaus. Ein Argument möchte ich aber noch anführen, das gegen die Ausscheidung der kriminellen Kranken aus den Irrenanstalten spricht, das *Krohne*[1]), also ein Strafanstaltsbeamter, den Irrenärzten entgegen hielt. *Krohne* macht, meines Erachtens mit Recht, darauf aufmerksam, daß in den sogenannten Spezialanstalten der Arzt in Gefahr komme, zu verkümmern, daß gerade wissenschaftliche Erwägungen die Beibehaltung des gegenwärtigen Zustandes forderten. Ich fürchte auch, daß mit Errichtung von Spezialanstalten den Irrenärzten ein Gebiet verloren geht, auf dem sie mit dem Leben in Berührung bleiben, das ihnen für ihren Beruf Anregungen bietet, gegen welche die zahlreichen Unannehmlichkeiten, die aus der Behandlung der Kriminellen entspringen, zurücktreten. Die forense Begutachtung, die Kriminalpsychologie und Statistik können nur in ständigem lebendigen Zusammenhange mit der allgemeinen Psychiatrie nutzbringende Bearbeitung finden. Der Irrenarzt, der sich dieses bewußt bleibt, wird leichter darüber hinwegkommen, wenn an seinen Idealismus zu hohe Anforderungen gestellt werden.

---

[1]) Referiert Zeitschr. f. Psych., Bd. 42, S. 536.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Leitsätze.

I. Geisteskranke Gefangene müssen möglichst frühzeitig aus dem geordneten Strafvollzug ausscheiden und psychiatrischer Behandlung zugeführt werden.

Dieser Forderung wird am besten entsprochen durch Angliederung von Irrenabteilungen an Strafanstalten, durch sogenannte Strafanstaltsannexe, in deren günstigen Aufnahmebedingungen ihr Hauptwert liegt.

II. In diese Strafanstaltsannexe sollen nur die im Strafvollzug geistig Erkrankten aufgenommen werden, während die mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommenen, aber nicht verurteilten Kranken Verpflegungsobjekte für die allgemeinen Irrenanstalten bleiben.

III. Die Strafanstaltsannexe sollen, soweit dies möglich ist, die Heilung der geisteskranken Sträflinge erzielen, sollen aber im übrigen keinen definitiven Verwahrungsort für die nicht geheilten Strafgefangenen darstellen, welche möglichst frühzeitig, spätestens aber mit Ablauf der Strafzeit in die für ihre dauernde Verwahrung allein in Betracht kommenden Irrenanstalten versetzt werden müssen.

IV. Die Zahl der aus den badischen Strafanstalten den Irrenanstalten zur definitiven Verwahrung überwiesenen Kranken ist nicht so groß, daß bei gleichmäßiger Verteilung auf die einzelnen Anstalten Schwierigkeiten bei ihrer Unterbringung erwachsen könnten.

Der größte Teil gehört zur Gruppe der Verblödungsprozesse und unterscheidet sich hinsichtlich der Verpflegung nicht von den nicht kriminellen Kranken mit gleicher Krankheitsform.

Der kleinere Teil gehört zur Gruppe des Entartungsirreseins und bedarf, da zur Entweichung neigend und in der Freiheit gefährlich, der sorgsamsten Verwahrung.

Generated on 2019-03-09 22:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

V. Von den in den Strafanstalten in großer Anzahl befindlichen psychisch Minderwertigen wird nur ein verhältnismäßig kleiner Teil psychotisch und bedarf psychiatrischer Behandlung; der weitaus größte Teil verträgt einen die Individualität berücksichtigenden Strafvollzug gut. Dr. *Stengel*.

I. Bei den in den badischen Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken, die sich gegen die Strafgesetze vergangen haben, handelt es sich um zwei Gruppen:

a. eine kleinere Anzahl, bei denen Kriminalität und Psychose nicht in Zusammenhang stehen, oder bei denen die Kriminalität in direkter Kausalwirkung aus der (meist exogen entstandenen) Psychose entspringt.

b. Bei der größten Mehrzahl beruht die Kriminalität:

z. T. auf einem durch hereditäre Faktoren entstandenen Defekt- oder Krankheitszustand oder einer in ihren Ursachen noch nicht bekannten individuellen psychopathischen Anlage.

z. T. auf einem meist in den Jünglingsjahren sich entwickelnden endogenen Krankheitsprozeß, bei dem das Verbrechen das erste und wesentlichste pathognostische Merkmal ist.

Die Einwirkung des Milieu ist nicht sicher nachzuweisen, ebenso ist in den meisten Fällen nicht wahrscheinlich, daß die Psychose eine Folge der aus der Kriminalität entstehenden Schädlichkeiten ist.

Nur Kranke der Gruppe b können in der Frage der Unterbringung größere Schwierigkeiten machen wie die Nichtkriminellen.

II. Bei der Unterbringungsfrage ist von einer Abtrennung der sog. psychisch Minderwertigen bei der Unbestimmtheit der Abgrenzung und der damit verbundenen Unkenntnis ihrer Zahl abzusehen; die Behandlung kann sich auch bei den vielfachen psychotischen Zuständen derselben nicht von der in den Irrenanstalten geübten prinzipiell unterscheiden.

III. Die Versorgung der geisteskranken Rechtbrecher in Spezialanstalten bietet zurzeit noch große Schwierigkeiten, so daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieselbe nur für größere Länder empfohlen werden kann. Es ist bei ihrer Errichtung mit einem raschen Anwachsen der Krankenzahl zu rechnen.

IV. Die Errichtung von gesonderten Adnexen an Irrenanstalten mit Auswahl der gefährlichsten Kranken aus einem großen Aufnahmebezirk ist zu verwerfen.

V. Der weitaus größte Teil der geisteskranken Rechtbrecher unterscheidet sich in den Anforderungen an Unterbringung und Behandlung nicht von den nichtkriminellen Kranken; die von dem kleineren Teil ausgehenden Mißstände lassen sich verringern und erträglich machen durch folgende Maßnahmen:

1. Durch die regionäre Verteilung der Kranken auf möglichst viele Anstalten; diese Maßnahme muß allen anderen vorausgehen.
2. Durch Verteilung innerhalb der Anstalten und durch Anlage zweckmäßiger, gesicherter Bauten oder Abteilungen, die in organischem Zusammenhang mit der Irrenanstalt bleiben müssen.

Dr. *Hegar*.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

VI. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in Erlangen am 9. und 10. Juni 1908.

1. Sitzungstag: Dienstag, 9. Juni 1908.

Lokal: Hörsaal des pathologischen Instituts.

Den Vorsitz führen: *Vocke*-Eglfing. *Würschmid*-Erlangen und *Specht*-Erlangen.

Anwesend sind die Herren: *Artmann*-Erlangen, *Beckh*-Nürnberg, *Bott*-Bamberg, *Dees*-Gabersee, *Ellmann*-Karthaus-Prüll, *Falthauser*-Erlangen, *Feldkirchner*-Karthaus-Prüll, *Glas*-München, *Grimm*-Frankental, *Hagedorn*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Herold*-Erlangen, *Hetzel*-Erlangen, *von Hösslin*-Eglfing, *Hügel*-Klingenmünster, *Jamin*-Erlangen, *Isserlin*-München, *Jungkunz*-Erlangen, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Klüber*-Erlangen, *Knehr*-Nürnberg, *Köberlin*-Erlangen, *Königer*-Erlangen, *Kolb*-Kutzenberg, *Kräpelin*-München, *Kraussold*-Bayreuth, Staatsanwalt *Kühlewein*-Nürnberg, *Kundt*-Deggendorf, *Lemberg*-Eglfing, *Maißer*-Hildburghausen, *Merkel*-Erlangen, *Neupert*-Erlangen, *Oppermann*-Erlangen, *Penzoldt*-Erlangen, *Pfeiffer*-Hof, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Pütterich*-Gabersee, *von Rad*-Nürnberg, *Rank*-Weißenau, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reichardt*-Würzburg, *Rittershaus*-Erlangen, *Römheld*-Heppenheim, *Sandner*-Ansbach, *Sendtner*-Eglfing, *Schnorr von Carolsfeld*-München-Obersendling, *Schwarz*-Bayreuth, *Späth*-Fürth, *Specht*-Erlangen, *Specht*-München, *Stöcker*-Erlangen, *Stöckle*-Werneck, *Strauß*-Erlangen, *Vith*-Erlangen, *Vocke*-Eglfing, *Wacker*-München, *Weiler*-München, *Weyermann*-Kaufbeuren, *Weygandt*-Würzburg, *Würschmidt*-Erlangen, *Zendig*-München. — 62 Teilnehmer.

Vocke-Eglfing eröffnet die Versammlung um 9 Uhr vormittags und begrüßt die Anwesenden.

Hierauf erhalten das Wort Bürgermeister *Fränger*, welcher die Versammlung als Vertreter der Stadt Erlangen willkommen heißt, und Privatdozent Dr. *Merkel*, welcher den Verein im Namen des Hausherrn, Prorektors Prof. Dr. *Hauser*, begrüßt. Begrüßungsschreiben sind eingelaufen von Geheimrat Dr. *von Grashey*-München und Professor Dr. *Monakow*-Zürich.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sodann gedenkt der Vorsitzende der beiden in dem abgelaufenen Vereinsjahre verstorbenen Mitglieder, des kgl. Medizinalrats Dr. *Ulrich* und des Kreismedizinalrats Dr. *Müller*. Die Versammlung ehrt deren Gedächtnis durch Erheben von den Sitzen.

Karrer-Klingenmünster wird der Glückwunsch des Vereins zum 25 jährigen Direktor-Jubiläum ausgesprochen.

Hierauf gibt der Vorsitzende einige geschäftliche Mitteilungen bekannt.

Die Mitgliederzahl des Vereins beträgt zur Zeit 91.

Rechenschaftsbericht über das Vereinsjahr 1907/08:

Summe der Einnahmen	262,95 M.
Summe der Ausgaben	73,88 „
Aktiv Rest:	189,07 M.

Die Revision der Rechnungsführung wird Direktor *Prinzing*-Kaufbeuren übertragen, welcher nach Vornahme der Prüfung beantragt, dem Kassierer Decharge zu erteilen. Der Antrag wird genehmigt.

Als Schriftführer fungieren infolge Verhinderung des I. Schriftführers die Herren *Faltlhauser* und *Stöcker*-Erlangen.

Nach Festsetzung der Vortragsreihe erstatten die Herren *Rehm*-Neufriedenheim (Referent) und *Kolb*-Kutzenberg (Korreferent) ihr Referat:

Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern.

Referat *Rehm* erschien in *Gaupps* C.-Bl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908 S. 601, Referat *Kolb* als Monographie gedruckt unter dem Titel: „Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und für die Organisation der Irrenanstalten" bei C. Marhold in Halle 1908.

Die Leitsätze der Berichterstatter lauten:

a) Erfordernisse der Irrenfürsorge. (Referent: *Rehm*.)

1. In den öffentlichen und privaten Irren- und Pflegeanstalten Bayerns sind zurzeit etwa 9000 Geisteskranke und ca. 4700 Idioten und Epileptiker untergebracht, in Summa 13 700, d. h. auf 100000 Einwohner etwa 200 Kranke. Nach den Erfahrungen bei uns und in anderen Ländern wird das Bedürfnis noch weiter steigen; es müssen in den nächsten 10 Jahren auf 100 000 Einwohner 300 Plätze für Geisteskranke im weiteren Sinne bereitgestellt werden.

2. Zur Ermöglichung rascher Unterbringung und vorübergehender Behandlung der Kranken sind in den großen Städten mit über 40 000 Einwohnern Abteilungen an den Krankenhäusern unter psychiatrischer Leitung einzurichten. Auch die Aufnahme in die Kreisirrenanstalten muß ohne Verzögerung, allein auf Grund ärztlichen Zeugnisses und Antrag der nach-





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sten Angehörigen erfolgen. Die Genehmigung durch die Regierungen hat als überflüssige und (wenn sie Verzögerung verursacht) schädliche Formalität wegzufallen.

Andererseits ist dem gegen seinen Willen aufgenommenen oder festgehaltenen Kranken das unbedingte Recht der Beschwerde einzuräumen. Zu diesem Zweck sind Kommissionen einzusetzen, bestehend aus einem Richter, einem Verwaltungsbeamten und einem Amtsarzt, welche über jede Beschwerde wegen ungerechtfertigter Zurückhaltung nach Anhören der Anstaltsärzte zu entscheiden haben. Die Anzeige der Aufnahmen an die Staatsanwaltschaft ist als nachteilig für die Kranken und ärgerniserregend bei den Angehörigen zu beseitigen.

Bei den Privatirrenanstalten soll jede Aufnahme Geisteskranker der Aufsichtsbehörde angezeigt und von dieser auf Grund bezirksärztlicher Untersuchung genehmigt werden. Beschwerderecht wie oben.

3. Nach dem Vorbild Preußens muß die Sorge für die Unterbringung der Idioten und Epileptiker den Kreisgemeinden auferlegt werden. Den Kreisirrenanstalten sind für diese Kranken besondere Abteilungen anzugliedern. Alle Privatanstalten für Idioten, Epileptiker, Unheilbare sind der ständigen Aufsicht der nächsten Kreisirrenanstalt zu unterstellen. An die Stelle der Laienpflege muß die ärztliche Behandlung treten, deshalb sind mindestens an den großen Pflegeanstalten mit 200 Kranken und darüber Irrenärzte als Hausärzte anzustellen, auch an den kleineren Anstalten ist für regelmäßige ärztliche Behandlung zu sorgen. Ärzte und Leiter dieser Anstalten sind in besonderen Unterrichtskursen mit der Idiotenbehandlung bekannt zu machen.

4. Die Prophylaxe der Geisteskrankheiten erfordert, daß die geistig abnormen Kinder und Jugendlichen unter psychiatrische Beobachtung gestellt werden. In allen größeren Gemeinden sind Hilfsschulen einzurichten und psychiatrisch gebildete Schulärzte aufzustellen. Kriminelle und verwahrloste Jugendliche sind stets einer psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen, bevor gerichtliche Verhandlung oder Überweisung an die Zwangserziehung stattfindet. Die Zwangserziehungsanstalten und Rettungshäuser sind, da es sich vielfach um abnorme Kinder handelt, unter die Kontrolle von Irrenärzten zu stellen; es sind staatliche Erziehungsanstalten für Schwachsinnige zu errichten mit gleichberechtigter psychiatrischer und pädagogischer Leitung. An den Kliniken und Anstalten sind Beobachtungsstationen für Jugendliche einzurichten.

5. Die Fürsorge für die Heilung der Trinker, die in Bayern noch vollständig fehlt, ist eine eminent wichtige öffentliche Angelegenheit. Notwendig sind offene Heilanstalten für freiwillig eintretende Trinker, am besten im organisatorischen Zusammenhang mit den Kreisirrenanstalten, jedoch räumlich von diesen getrennt. Die zwangsweise unterzubringenden und entmündigten Trinker gehören in die Irrenanstalten, event. sind da, wo sie durch ihre Menge störend wirken, besondere Abteilungen zu errichten.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Ein unaufschiebbares Bedürfnis ist in Bayern die Errichtung von Volksnervenheilanstalten. Staat, Kreis, Gemeinden, Versicherungsanstalten, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften haben gleicherweise das größte Interesse daran, daß die vielen Nervenkranken rechtzeitig in Anstaltsbehandlung gelangen. Bei der großen Zahl solcher Kranken wird für jeden Kreis eine Nervenheilanstalt notwendig werden. Ob diese Anstalten im Anschluß an die Kreisirrenanstalten oder als selbständige Institute zu errichten sind, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. An sämtlichen Kreisirrenanstalten sind poliklinische Sprechstunden für Nervenkranke abzuhalten.

7. Die geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Irren, sowie die zur Beobachtung eingewiesenen Untersuchungsgefangenen sind wegen ihrer steigenden Zahl für die meisten Irrenanstalten eine unerträgliche Last und ein Hindernis für die Ausbildung der freien Verpflegformen geworden. Sie können nicht länger unter den übrigen Kranken belassen werden.

Es ist zu fordern, daß der Staat die Untersuchungsgefangenen und die geisteskranken Verbrecher für die Dauer ihrer Strafhaft in besonderen, unter psychiatrischer Leitung stehenden Strafanstalten oder in Strafanstaltsadnexen unterbringt.

An einzelnen Kreisirrenanstalten, event. für mehrere zugleich, sind für die nach Ablauf der Strafhaft den Anstalten überwiesenen, gefährlichen Verbrecher besondere Verwahrungshäuser zu bauen, in denen dann gleichzeitig besonders gefährliche unbescholtene Irre für die Dauer ihrer Gefährlichkeit untergebracht werden können. Diese Unterbringung soll jedoch nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde erfolgen können.

Auch die kriminellen psychopathisch Minderwertigen gehören nicht in die Irrenanstalten, sie werden in Zukunft vom Staat für die Dauer ihrer Gefährlichkeit in eigenen, unter psychiatrischer Leitung stehenden, vielleicht an die Korrektionshäuser anzuschließenden Anstalten unterzubringen sein.

8. Eine bedeutende Entlastung der Anstalten und Verbilligung der Irrenpflege wird die Einführung der Familienpflege mit sich bringen, und zwar unter den beiden bewährten Formen 1. im Anschluß an die Irrenanstalten, 2. unter Gründung besonderer Zentralen. Für letztere werden sich unsere vielen kleinen Städte sehr gut eignen. In jedem Kreis können so voraussichtlich mehrere hundert Geisteskranke billig und gut verpflegt werden. Die Familienpflege ist in allen Kreisen sofort mit Energie in Angriff zu nehmen.

9. Sehr wichtig sind die in vielen Ländern erprobten Hilfsvereine für Geisteskranke. Sie haben die Aufgabe, die Familien der Kranken und diese selbst nach ihrer Entlassung aus der Anstalt zu unterstützen; sie helfen die Vorurteile gegen die Kranken und die Anstalten zu beseitigen und dienen überhaupt zur Vermittlung zwischen Anstalten und Bevölkerung.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Gründung eines Landeshilfsvereins mit Sektionen in den Kreisen unter der Leitung der Anstaltsdirektionen ist ins Auge zu fassen.

10. Die Aufgaben der Irrenfürsorge können solange nur ungenügend erfüllt werden, als jede Statistik der Geisteskranken im weitesten Sinn fehlt. Es ist deshalb möglichst bald eine genaue Zählung aller Geisteskranken zu veranstalten. Die Überwachung aller außerhalb der Anstalten lebenden Geisteskranken ist den Kreisirrenanstalten zu übertragen.

b) Organisation des Irrenwesens. (Referent: *Kolb.*)

11. Es ist anzustreben, daß in wichtigen Fragen (Bau und Organisation neuer Anstalten, Erlaß gesetzlicher Bestimmungen usw.) die Psychiater des Kreises und die Psychiater des Landes die Berechtigung erhalten, sich zu den Projekten zu äußern (psychiatrische Medizinalausschüsse bei den Kreisregierungen, psychiatrischer Obermedizinalausschuß beim Ministerium oder regelmäßige amtliche Direktorenkonferenzen in Kreis und Land).

12. Die Übertragung der wichtigsten Teile der Irrenfürsorge an die Kreise hat nach Lage der Verhältnisse mehr Vorzüge als Nachteile.

Der Nachteil der verschiedenen finanziellen Leistungsfähigkeit der Kreise wird gemildert werden durch die geplante Herabsetzung der Frist für Erwerbung des Heimatrechts.

13. Es ist sehr freudig zu begrüßen, daß die Kosten für Anstaltsverpflegung unbemittelter Kranken auf breitere Schultern genommen werden sollen. Die Kosten sind zweckmäßig durch Heimatgemeinde, Distrikt und Kreis aufzubringen. Da die Gemeinden vielfach sehr klein sind, ist die beabsichtigte Vergrößerung der Gemeinden lebhaft zu begrüßen.

Es ist dringend notwendig, besonders in Fällen länger dauernder Anstaltsverpflegung und bei ländlicher Bevölkerung, daß auch die minderbemittelten Selbstzahler entlastet werden.

Die beabsichtigten gesetzlichen Maßnahmen hinsichtlich Heimat und Verpflegkosten werden die Bereitstellung einer erheblichen Anzahl von neuen Anstaltsplätzen bedingen; daher dürfen die Kreise zu den Unterhaltungskosten von Kranken in Anstalten nicht allzu intensiv herangezogen werden.

14. Die Kreise müssen streben, den vermehrten Zugängen durch eine tunlichste Steigerung der Abgänge aus den Irrenanstalten wenigstens einigermaßen das Gleichgewicht zu halten.

Dieses Ziel ist in erster Linie erreichbar durch Einrichtung eines externen ärztlichen Dienstes an unseren Kreisirrenanstalten, welcher den Tätigkeitskreis der Anstaltsärzte über den engen Rahmen der Anstalt hinaus auf den Bereich des ganzen Aufnahmebezirkes erstreckt und die notwendige Entwicklung der familiären Verpflegformen, die Feststellung, Behandlung und Kontrolle aller Geisteskranken im weitesten Sinne des Wortes im Bereiche des ganzen Aufnahmebezirkes gestatten wird.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu diesem Zwecke ist eine Revision der M.-E. vom 30. Dezember 1851 als wünschenswert zu bezeichnen.

15. Die Einrichtung des externen ärztlichen Dienstes in unseren Kreisirrenanstalten hätte Vorteile für die Kranken, für die Pflegeanstalten, für die Trinkerfürsorge, für die Irrenfürsorge im allgemeinen, für die Kreise, für die Militärverwaltung, für die Justiz, für die Anstalten, für uns Ärzte.

Die Einführung des externen Dienstes entspricht den spezifischen bayerischen Verhältnissen. Sie gestattet die spezialärztliche Behandlung und Kontrolle aller Geisteskranken ohne finanzielle Belastung der Kreise, ja unter nachweisbaren erheblichen Einsparungen.

16. Die Organisation des Anstaltsdienstes hat folgenden wichtigsten Postulaten Rechnung zu tragen:

Der Direktor ist für die Oberleitung des durch den externen Dienst so mächtig vergrößerten Betriebes, für die Mitarbeit an der Irrenfürsorge des Kreises und des Landes, für die Heranbildung von Psychiatern in erhöhtem Maße frei zu machen.

Selbständigkeit und Verantwortlichkeit der älteren Ärzte ist zu erhöhen.

Der Prozentsatz der selbständigen und gehobenen Arztstellen ist zu vermehren.

Die Stellung aller Anstaltsärzte ist zu heben.

Das Dominieren der Verwaltungsbeamten ist durch Teilung der Verwaltung in mehrere koordinerte Betriebszweige auszuschließen.

17. Für die Zukunft wird folgende Organisation vorgeschlagen: Dem Direktor ist unterstellt:

a) Der interne ärztliche Dienst in der eigentlichen Anstalt unter einem Abteilungsarzte auf jede Geschlechtsseite (internes Referat).
b) Der externe ärztliche Dienst unter dem externen Oberarzt (externes Referat).
c) Der Verwaltungsdienst unter einem Oberarzt (Verwaltungsreferat), dem unterstellt sind Betriebsinspektor, Kassier, Gutsinspektor und Maschinenmeister.
d) Das Unterrichtsreferat unter einem Lehrer.
e) Das Expeditionsamt unter einem Sekretär.

18. Die selbständigen ärztlichen Stellen sind nur gut qualifizierten Kräften zugänglich zu machen; ein Ersitzen von gehobenen Arztstellen ist auszuschließen. Die Qualifikation ist jedem Arzte mitzuteilen. Die Möglichkeit des Übergreifens der Qualifikation an eine andere Anstalt ist stets zu sichern. Wechsel der jungen Ärzte zwischen agrikolen und geschlossenen, ländlichen und großstädtischen, klinischen und Kreisanstalten ist anzustreben. Die Stellung aller Anstaltsärzte ist durch Einrichtung eines Ärztekollegiums mit bestimmten Kompetenzen an jeder Anstalt zu heben. Das Prinzip des ärztlichen Avancements durch das



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganze Königreich ist weiter zu entwickeln. Bei Anlage einer neuen Anstalt ist der Direktor sofort zu ernennen.

19. Die Zunahme der Zahl der Irrenanstalten macht regelmäßige, nichtamtliche Zusammenkünfte der Direktoren und die Schaffung einer psychiatrischen Zentralauskunftsstelle wünschenswert.

Die große durch den externen Dienst erwachsende Arbeitslast läßt die vom Ministerium gewünschte Vereinfachung des Dienstverkehres und die Erhöhung der Kompetenzen der äußeren Ämter, d. h. der Direktionen, doppelt notwendig erscheinen.

20. Alle öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke im weitesten Sinne sind alljährlich spezialärztlich zu visitieren. Zu Visitatoren der Kreisirrenanstalten sind mit 3jährigem Wechsel aus dem Kreise der Kliniker und Anstaltsvorstände 2—3 Männer zu ernennen, denen die einzelnen Anstalten zugeteilt werden.

Die Privatirrenanstalten unterstehen der Kontrolle der Distriktspolizeibehörden, welche einen Irrenarzt zur Revision beizuziehen haben.

Alle anderen Anstalten werden von den zuständigen Kreisirrenanstalten beaufsichtigt.

21. Bei den distriktspolizeilichen Einweisungen erfolgt die Begutachtung zur Einweisung ausschließlich durch den Amtsarzt, die Begutachtung zur Aufhebung des Beschlusses ausschließlich durch den Psychiater, soweit derselbe nicht ablehnt.

22. Die vorgeschlagene Organisation hat kleine Anstalten von höchstens 5—600 in Anstaltsgebäuden verpflegten Kranken zur bedingungslosen Voraussetzung. Es ist vollkommen unrichtig, daß die Größe einer Anstalt an sich den Bau und Betrieb billiger gestaltet. Sehr große Anstalten sind eo ipso psychiatrisch minderwertig.

23. Eine gewisse Selbstbeschränkung in den finanziellen Postulaten für den Bau unserer Kreisirrenanstalten ist im Interesse der vielen im Bereiche der Irrenfürsorge noch zu lösenden Aufgaben notwendig.

Ein Anstaltsplatz läßt sich unter günstigen Umständen für 4500 M. erstellen.

24. Bei Feststellung der Lage neuer Anstalten muß eine tunlichs gleichmäßige Verteilung über Kreis und Land, sowie die Nähe einer Stad mit Mittelschule, zweckmäßig aber nicht über 10—15000 Einwohnern unbedingt gefordert werden.

25. Die neue Heimatgesetzgebung wird auch für Großstädte de Bau mindestens e i n e r kleineren agrikolen Anstalt bzw. einer Zentral für familiäre Verpflegung notwendig machen.

26. In Oberbayern erscheint es dringend wünschenswert, daß di neu einzurichtenden Plätze in 2—3 gleichmäßig über den Kreis verteilte kleinen agrikolen Anstalten, bzw. eine Zentrale für familiäre Verpflegung geschaffen werden.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In Niederbayern, Pfalz, Oberpfalz, Oberfranken, Unterfranken werden die vorhandenen und im Bau begriffenen oder genehmigten Kreis-irrenanstalten zunächst genügen.

Mittelfranken und vor allem Schwaben muß sofort an den Bau einer 3. bzw. 2. Anstalt herantreten.

Für Erlangen und Würzburg ist die Schaffung selbständiger psychiatrischer Kliniken zu fordern.

27. Die im vorstehenden vorgeschlagene neue Organisation möge zunächst in der neuerbauten, kleinen Anstalt Kutzenberg probeweise eingeführt werden.

Die Referenten beantragen die Einsetzung von 5 Kommissionen von je 5 Mitgliedern zur Beratung der Frage der Idioten-, Trinker- und Nervenheilanstalten, der geisteskranken Verbrecher und zur Gründung eines Landeshilfsvereines. Sie beantragen ferner die Wahl einer Abordnung, die dem Herrn Minister persönlich die Beschlüsse des Vereins bezüglich der zukünftigen Irrenfürsorge und Organisation überbringen soll.

Vorsitzender *Vocke*: Wir diskutieren zunächst über das Referat *Rehm*, dann über das Referat *Kolb*, und zwar über beide an der Hand der Ihnen zugestellten Thesen, die ich einzeln zur Diskussion stellen werde.

Diskussion zu Referat *Rehm*. — *Prinzing* konstatiert, daß von den Postulaten des Programms für die künftige Ausgestaltung der Irrenpflege in Schwaben mehrere schon in zufriedenstellender Weise geregelt sind, so das Aufnahmeverfahren, das Beschwerdewesen, die Aufsicht über entlassene Geisteskranke, die Vergebung der Freistellen für arme Geisteskranke. Besonders begrüßenswert ist der Beschluß des Ausschusses des schwäbischen Landrats, bei der bevorstehenden Erweiterung der Heilanstalt Kaufbeuren einen eigenen Pavillon zur Behandlung von Alkoholkranken einzurichten.

Kräpelin hält zur Beruhigung zwar nicht der Kranken, aber des Publikums, sodann auch zum Schutze der Irrenärzte selbst die Schaffung einer Instanz für wünschenswert, die Vertrauen im Publikum genießt und gänzlich unabhängig ist. Wie groß noch das Mißtrauen gegen die Irrenärzte ist, beweist am besten die unsinnige Forderung der distriktspolizeilichen Bestätigung der Geisteskrankheit, die in Bayern bis in die jüngste Zeit bisweilen noch gefordert wurde.

Dees meint, daß, wenn eine Kommission zur Aufnahme der Beschwerden der Kranken gebildet wird, diese wohl am besten aus dem Amtsanwalt, der Eigenschaften des Richters, Verwaltungsbeamten und Anwalts in sich vereinigt, ferner dem Amtsarzt und einem Vertreter des Distrikts oder Landrats bestehen würde.

Specht-Erlangen begrüßt es mit Freuden, daß nach den vorgeschlagenen Leitsätzen die verschiedenen Sparten der Irrenfürsorge organisatorisch vereinigt und in irgendeiner Weise an die Irrenanstalten ange-


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schlossen werden sollen. Die vielerorts sich geltend machenden, gut gemeinten Vorschläge nach besonderen Anstalten für Idioten, Epileptiker usw. wären, wenn sie in größerem Maßstab allgemein verwirklicht würden, ein Unglück. Während auf der einen Seite die Ärzte solcher Spezialanstalten unter der Monotonie ihrer Aufgaben verkümmern müßten, würden andererseits die Irrenanstalten einer wichtigen Ergänzung ihres Materials beraubt. Durch die genannten Sonderanstalten würde der angestrebten Bereicherung der wissenschaftlichen Tätigkeit in den Anstalten entgegengearbeitet.

Schnorr von Carolsfeld bespricht die Frage der Anzeige an den Staatsanwalt an einem Beispiele und hebt die unangenehmen Konsequenzen dieser Formalität hervor.

Kaufmann: Bei dringlichen Fällen liegt es im Interesse der Kranken und der Angehörigen, die Aufnahme tunlichst zu erleichtern, und in Unterfranken genügt ein ärztliches Zeugnis und der Antrag der Angehörigen. Eine eigentliche Genehmigung durch die Regierung wird nicht erteilt, sondern es wird alle 14 Tage über die erfolgten Aufnahmen berichtet. — Zur Aufnahme von gemeingefährlichen Kranken ist das Zeugnis des Bezirksarztes erforderlich. Konnte bei rasch gebotener Überführung dieses Zeugnis nicht beschafft werden, so wird der Bezirksarzt des Bezirks, in welchem die Anstalt liegt, durch das Bezirksamt aufgefordert, sich in die Anstalt zu begeben, den Kranken zu untersuchen und ein Zeugnis auszustellen, das sich aber nur auf die Krankheitsgeschichte und die Angaben des Anstaltsarztes stützen kann. In solchen Fällen müßte eigentlich das Zeugnis der Anstalt zur Beschlußfassung genügen.

Kraußold: In Oberfranken muß, dem Wortlaut der Bestimmung nach, die Aufnahme von der Regierung genehmigt werden; es kann aber die Aufnahme sofort vollzogen werden, jedoch müssen dann die Belege nachträglich vorgelegt werden.

Hügel: In der Rheinpfalz ist es Brauch, die Aufnahme sofort zu vollziehen und unverzüglich der Regierung mitzuteilen.

Herfeldt berichtet, daß in Ansbach die Aufnahme auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgt; ist ein solches aber nicht vorhanden, so kann ein telephonisch gerufener praktischer Arzt das fehlende Attest auf Grund persönlicher Untersuchung ausstellen. Weiterhin frägt *H.* an, wie es mit der Kostenhaftung stehe? In zweifelhaften Fällen und bei fehlendem Beleg sei sofort Anzeige an die betreffende Armenpflege zu erstatten, gemäß § 31 des Armengesetzes.

Kundt bemerkt zu Ziff. 2 der Leitsätze, daß sich bei der bisherigen Handhabung des Aufnahmeverfahrens Nachteile nicht ergeben haben, und daß für die Verzögerung der Aufnahme weit mehr finanzielle Fragen ausschlaggebend seien. Das Vorurteil, daß die Kranken erst anstaltsreif werden müssen, wirkt schädlich; das muß zuerst bekämpft werden. — Ferner scheint ihm ein gewisser Widerspruch darin zu liegen, daß man


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einerseits einen Richterbeamten in eine Kommission als Rechtsschutz einführen will, andererseits die Anzeige an den Staatsanwalt, die als Schutz des Kranken gedacht ist und außerdem doch nur in Fällen polizeilicher Einweisung erfolgt, in Wegfall bringen will. — Zu Punkt 7 hält er eine gemeinsame Stellungnahme in bezug auf die Unterbringung geisteskranker Verbrecher für wünschenswert in dem Sinne, daß sie in besonderen, ärztlich geleiteten Anstalten unterzubringen seien; nach den von *Rehm* angegebenen Zahlen würden zwei Anstalten, eine vielleicht im Nordwesten, die zweite im Südosten des Königreichs gelegen, notwendig sein. — Die finanziellen Unterlagen der Familienpflege sind in Preußen ganz andere als bei uns. In Preußen kommen ganz andere Krankenkategorien in die Anstalten (Schwachsinnige, hilfsbedürftige Epileptiker), bei uns bisher nicht. In Preußen haben die Gemeinden ein Interesse daran, ihre Kranken in Anstalten zu bringen, da sie ihnen dort weniger Kosten verursachen; in Bayern geht das finanzielle Interesse der Gemeinden dahin, die Kranken möglichst spät in Anstalten unterzubringen und sie möglichst früh daraus zu entnehmen. Würden wir heute Kranke in Familienpflege geben, so würden sie sofort von der Gemeinde und den Angehörigen nach Hause genommen werden. Es wird zweckmäßig sein, ausdrücklich hervorzuheben, daß eine ausgedehnte Familienpflege erst bei Übernahme der Kosten auf breitere Schultern und bei Übernahme der Fürsorge der bisher nicht vom Kreise versorgten Krankenkategorien durch den Kreis sich wird einrichten lassen.

Beckh begrüßt die Leitsätze des Berichterstatters als den Wünschen der Ärzte entgegenkommend, wie sie schon mehrmals z. B. in der Ärztekammer von Mittelfranken durch den Bezirksverein Nürnberg zutage getreten sind; so bezüglich der Idioten und der Epileptiker, der Heilung der Trinker, der geisteskranken Verbrecher. Er glaubt, daß man den Leitsätzen im allgemeinen zustimmen könne, daß aber nähere Ausführungen wohl am besten den vorgesehenen und von uns gut zu heißenden Kommissionen vorbehalten bleiben möchten. Die Kommissionen mögen uns dann im nächsten Jahre die weiter ausgearbeiteten Leitsätze wieder vorlegen.

Kräpelin macht darauf aufmerksam, daß die jetzt bestehende Anzeige an den Staatsanwält und die von den Referenten vorgeschlagenen Kommissionen zwei ganz verschiedene Dinge sind. Die erstere Maßregel geschieht ohne und oft sehr g e g e n den Willen der Kranken und ihrer Angehörigen, während die letztere nur auf deren Wunsch geschehen soll. Die Erledigung dieser Beschwerden könnte am besten durch die Vormundschaftsgerichte geschehen. — Die Zentralisierung der geisteskranken Verbrecher in eigenen Anstalten dürfte schwerlich zu empfehlen sein; man würde auch kaum Ärzte finden, die diesen Dienst dauernd zu übernehmen bereit sein würden.

Kolb: Eine Familienpflege außerhalb der Anstalten ohne Kontrolle ist nicht viel wert. Unter den geschlossen Verpflegten finden sich jetzt


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenige für Familienpflege geeignete; dagegen findet sich in Anstalten mit offenem Betrieb schon jetzt ein erheblicher Prozentsatz von Kranken, die für Familienpflege geeignet sind. Das Wichtigste ist die Verkürzung der Frist zur Erwerbung des Heimatrechtes und die Übertragung der Kosten auf breitere Schultern.

Specht-Erlangen erachtet es als im Interesse der Einführung der Familienpflege gelegen, daß man sich von Übertreibungen in der Propaganda fernhält. Wenn man, wie wir heute gehört, selbst dann die Familienpflege wagen soll, wo der Irrenarzt selbst kaum an einen Erfolg glaubt, so wird man künftighin auch den unvernünftigsten Entlassungsanträgen ratlos gegenüberstehen. Auch lassen sich mit diesem Prinzip, die Kranken möglichst bald w eder hinauszubringen, unsere Ratschläge zu baldigster Krankeneinlieferung nicht recht in Einklang bringen. Wenigstens wird der Laie darin einen Widerspruch finden.

Herfeldt bemerkt, in Mittelfranken scheitere die Familienpflege hauptsächlich an dem Mangel an Familien, welche die nötigen Räume und die erforderliche allgemeine Reinlichkeit in ihrer ganzen Lebensführung besitzen.

Kräpelin gibt die Anregung, in jede Kommission ein Mitglied zu wählen, das in der Nähe des Regierungssitzes wohnt, um die Verhandlungen mit den Behörden zu führen.

Schlußwort des Referenten *Rehm*: Früher bestand in Bayern in den meisten Kreisen ein freieres Aufnahmeverfahren, ärztliches Zeugnis und Antrag der Angehörigen genügten, die Anstalten nahmen selbständig und unter eigener Verantwortung auf. Erst nach den bekannten Vorgängen im Rheinlande (Prozeß Feldmann, Alexianer Prozeß) wurden nach Vereinbarung der deutschen Regierungen die Aufnahmebestimmungen allgemein sehr verschärft, insbesondere kam danach das Erfordernis des distriktspolizeilichen Attestes (auf Grund selbständiger Erhebungen des Polizeibeamten) und die Genehmigung jeder Aufnahme durch die Regierung. Seitdem wurde diese letztere Bestimmung teilweise aufgehoben, teilweise erleichtert durch die Erlaubnis zur provisorischen Aufnahme durch die Anstalt. Aber die Bestimmung ist fast überall noch vorhanden, wenn sie auch nicht eingehalten wird. Diese Bestimmung ist für die Ärzte unwürdig und zu beseitigen. — Die vorgeschlagene Beschwerdekommission kann ja schließlich auch anders zusammengesetzt werden, aber sie ist durchaus notwendig, sie soll die Entmündigung, bzw. die Anzeige an den Staatsanwalt unnötig machen. — Bezüglich der Familienpflege ging es überall so, daß anfangs Bedenken und Widerstände vorhanden waren. Wenn man dann anfängt, so sieht man, daß es doch geht; natürlich gehört dazu eine gewisse Begeisterung. Auf jeden Fall muß endlich einmal ein Anfang gemacht werden. Es wird nicht überall sofort große Erfolge geben, aber es wird und muß auch in Bayern möglich sein.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion zu Referat *Kolb.*

von Hößlin bedauert einleitend, in der Diskussion wieder auf das prekäre Thema der Verbesserung des Ärztestandes an den bayrischen Irrenanstalten zurückkommen zu müssen, und betont dann, daß der tiefere Grund für den geringen Nachwuchs jüngerer Ärzte vielleicht doch nicht auf der materiellen, sondern vielmehr auf der ideellen Seite des Berufes zu suchen ist. Namentlich für den älteren, klinisch ausgebildeten und klinisch bis dahin selbständigen Arzt ist es nicht nur schwierig, sondern häufig fast unmöglich, in einer Stellung auszuharren, in der er als „Assistenzarzt" einer fortwährenden Bevormundung ausgesetzt ist. Hier müßte in erster Linie Wandel geschaffen werden, das sei die erste Forderung, wenn man von einer „neuen Organisation des Irrenwesens" sprechen wolle.

Vorsitzender *Vocke* erklärt, daß hierüber schon im Jahre 1906 diskutiert worden sei; heute könne diese Diskussion nicht erneuert werden.

Kräpelin empfiehlt dringend die Einrichtung von Direktorenkonferenzen für das ganze Land und für die einzelnen Kreise, um dadurch das Gewicht der Ärzte gegenüber den Regierungsbeamten zu erhöhen.

Prinzing bemerkt zu Nr. 12 unter Hinweis auf das mustergültige Irrenwesen des Königreichs Sachsen, daß die Verstaatlichung des Irrenwesens manche Vorteile für sich hätte, namentlich in bezug auf das Avancement der Ärzte und das Anstaltsbauwesen.

Kundt bemerkt zu Ziff. 14, daß aus dem ersten Absatz doch leicht entnommen werden könnte, daß jetzt in den Anstalten die Kranken zu lange zurückbehalten werden; er bittet daher um eine etwas andere Redaktion dieses Satzes. — Die Auffassung *Kolbs*, daß zu befürchten stände, die Psychiatrie verliere durch die Besserstellung der Amtsärzte noch mehr an ärztlichem Personal, vermag er nicht zu teilen; er hofft im Gegenteil von der Besserstellung der Amtsärzte einen vermehrten Zugang zur Psychiatrie, wenn den jungen Psychiatern der Übergang in die amtsärztliche Laufbahn erleichtert würde, etwa durch verdoppelte Anrechnung der Anstaltsdienstzeit bei Bemessung von Anstellungszeit und Anciennität. Es wäre auch ins Auge zu fassen, ob nicht wenigstens für die Landgerichtsärzte eine längere Dienstzeit in Anstalten, die außer der notwendigen psychiatrischen auch eine gründliche pathologisch-anatomische Vorbildung vermittelt, obligatorisch gemacht werden könnte.

Weygandt: Wenn statt des Ausdruckes „Kreis-" oder „Landes-Psychiatrieausschuß" eine andere Bezeichnung gewählt würde, könnte der Vorschlag 11 doch segensreich wirken. Er bedeutet eine Verstärkung des Laienelementes in der höheren Verwaltung des Irrenwesens. Darin würde eine berechtigte Konzession gegenüber den kostentragenden Faktoren liegen, an die ja das Zukunftsprogramm außerordentliche Anforderungen stellt. — Das empfohlene ärztliche Externat ist freudig zu begrüßen. Die qualitative Differenzierung des Dienstes hebt die Arbeitsfreudigkeit. — Hinsichtlich der Idiotenanstalten sei mitgeteilt, daß die vom Deutschen



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission für Idiotenforschung für 1909 ein Referat über die gemeinsame Behandlung von Irren und Idioten vorgeschlagen hat. Hinsichtlich der Schaffung neuer Idiotenabteilungen ist die Angliederung an Irrenanstalten gerade nach den Erfahrungen mit dem preußischen Gesetz vom Jahre 1891 vorzuziehen. Das Unterrichtsreferat hat unter Arzt und Lehrern zu stehen. Die pathologische Anatomie wird in großen Anstalten ein eigenes Ressort bilden. Gerichtsärzte müßten vorher längere Zeit in Irrenanstalten tätig gewesen sein.

Rehm bezeichnet es als durchaus wünschenswert, daß noch ein Leitsatz aufgenommen würde, der verlangt, daß die Landesgerichtsärzte eine etwa einjährige Vorbildung in einer Irrenanstalt nachweisen müssen. Tatsächlich ist die Ausbildung der Landesgerichtsärzte in der Psychiatrie ungenügend. Andererseits wäre es für den Ärzteersatz sehr nützlich, wenn den jungen Ärzten, die sich für den Anstaltsdienst nicht eignen, die Möglichkeit einer solchen Anstellung leichter zugänglich wäre. — Die Verstaatlichung des Irrenwesens hat auch ihre Nachteile, es ist zu befürchten, daß die Bewilligung der Gelder im Landtag oft aus finanziellen Erwägungen schwierig wäre, und daß sie sogar von politischen Verhältnissen abhängig gemacht werden könnte. Ich möchte den Gedanken an Psychiaterkammern anregen, zusammengesetzt aus Direktoren, Oberärzten und Abteilungsärzten. In allen Ständen werden jetzt offizielle Vertretungen organisiert, die bei allen Angelegenheiten des Standes gehört werden müssen; bei den Psychiatern, die immer zahlreicher werden, wäre eine solche Standesvertretung auch wünschenswert.

Dees hält die Errichtung von psychiatrischen Medizinal- und Obermedizinalausschüssen für eine zu weitgehende Bestrebung, besonders weil der in dem betreffenden Ausschuß befindliche Direktor unvermeidlich das Übergewicht über die anderen Direktionen gewinnen würde. Vielleicht könnte ein Psychiaterkomitee, ähnlich dem Medizinalkomitee, vom Verein gewählt und legalisiert werden, das dem Ministerium und der Regierung in allen einschlägigen Fragen Bericht erstatten würde.

Kundt bemerkt zu den letzten Ausführungen *Rehms*, daß seines Wissens der Gedanke, den künftigen Landgerichtsärzten eine Anstaltstätigkeit in bestimmter Dauer zur Auflage zu machen, auch in juristischen Kreisen vielfacher Zustimmung si her sei.

Prinzing regt an, neben den anderen Kommissionen auch eine solche zur Beratung des Pflegewesens zu bilden.

In seinem Schlußwort hält Referent *Kolb* den Ausführung n *Spechts* entgegen, er halte es nicht für eine Übertreibung der Familienpflege, wenn wir fordern, daß Bayern allmählich damit anfange und bis zu der anderwärts erreichten Höhe steige. Hinsichtlich der Psychiaterkonferenzen fürchte er eine zu große Teilnehmerzahl. Eine Verstaatlichung des Irrenwesens in Bayern sei aussichtslos, die Gefahr der Schablone und der Heranziehung der Baubeamten zu mehreren Anstalten sei


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

möglich. Die Verwendung von Assistenzarztstellen für die Ausbildung der Amtsärzte könnte den Nachteil haben, daß gewisse benachteiligende Bestimmungen des Beamtengesetzes auf die Inhaber dieser Stellungen Anwendung finden. Die Aufnahme des Pflegerwesens in die Leitsätze hält Ref. für wichtig.

Die Leitsätze *Rehm* werden in ihrem vollen Umfang und einstimmig seitens der Versammlung angenommen, und es wird beschlossen, morgen die erforderlichen Kommissionen zu wählen, um die Durchführung der *Rehm*schen Vorschläge anzubahnen.

Bei dem weiteren Ausbau der Irrenfürsorge im Sinne dieser Vorschläge wird auf tunlichste Reorganisation des ärztlichen Dienstes nach den Intentionen des Korreferenten Bedacht zu nehmen sein, wenn sich auch die Versammlung nicht über alle Thesen einigen kann.

Der Vorsitzende dankt den Referenten im Namen des Vereines für ihre eingehenden Darlegungen.

Vor Eintritt in die Diskussion hatte eine Pause stattgefunden, während welcher in der Kreisirrenanstalt ein gemeinsames Frühstück eingenommen wurde.

Nach beendeter Diskussion und Abstimmung folgen

Vorträge.

Reichardt-Würzburg: „Über umschriebene Defekte bei Idioten und Normalen."

Manche angeboren Schwachsinnige können gut lesen, aber gar nicht schreiben (6 Beobachtungen aus der Würzburger psychiatrischen Klinik); oder gut schreiben, d. h. nach Vorlage Drucktext in Geschriebenes umsetzen, aber weder das Selbstgeschriebene, noch die Vorlage, noch irgend etwas anderes lesen (Beobachtungen von *Ritter*[1]), *Wolff*[2]), *Förster*[3]), englische Autoren, *Peters*[4]).

Diese Idioten, welche schreiben, d. h. transskribieren können, können nun aber nicht spontan und nicht auf Diktat schreiben, sondern nur mit Hilfe der „optischen Stütze" (*Ritter*), d. h. in diesem Falle nach Vorlage. Man muß also (wie dies ja auch nach Beobachtungen an Aphasischen selbstverständlich ist) einen Unterschied machen, zwischen dem Schreiben

---

[1]) Vgl. *Ritter*, Unfähigkeit zu lesen usw. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinnesorgane, Bd. 28, S. 96. Ferner noch ein bis jetzt ungedrucktes Manuskript (Fragment) von Prof. *Rieger* aus d. J. 1900 mit einigen entsprechenden Krankenbeobachtungen und Ausführungen. Dieses M.-S. hat mir zur Einsicht vorgelegen, es soll ausführlich veröffentlicht werden in den „Arbeiten aus der psychiatr. Klinik zu Würzburg", Jena, G. Fischer.

[2]) *G. Wolff*, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 509.

[3]) *R. Förster*, ibidem, Bd. 61, S. 719 (Sitzungsbericht).

[4]) *Peters*, Münchn. med. Wochenschr., 1908, Nr. 21, S. 1116.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit und ohne optische Stütze. Der Diktatschreibende leistet mehr als der Kopierende. Dementsprechend findet man auch angeboren Schwachsinnige, welche sehr gewandt lesen, kopieren und transskribieren können, aber entweder gar nicht, oder auffallend schlecht auf Diktat und aus eigener Konzeption schreiben. Wenn sie aus eigener Konzeption nicht schreiben können, dann fehlt es ihnen nicht an Gedanken (denn sie können z. B. einen sehr vernünftigen Brief diktieren); sondern es fehlt ihnen an der Fähigkeit, ihre Gedanken in die Schriftsprache umzusetzen. Beim Diktieren wird ihnen Wortlaut und Satzgefüge fertig entgegengebracht; trotzdem vermögen sie, ohne optische Stütze, das Diktierte nicht niederzuschreiben (3 Beobachtungen aus der hiesigen Klinik).

Bei allen diesen, hier in Betracht kommenden Idioten fehlte jeder Anhaltspunkt für eine Herderkrankung des Gehirnes (etwa Porenzephalie) oder für eine sonstige, eventuell abgelaufene Hirnerkrankung („Enzephalitis" usw.) post partum. Im Gegensatz zu diesen Idioten mit einem zunächst makroskopisch ganz normalen Gehirn, welche nicht lesen oder nicht schreiben lernen, lernen manche Porenzephalische gut lesen und auch schreiben, trotz großer Hirnzerstörungen. Porenzephalische lernen lesen und schreiben sogar ohne Schulbesuch, lediglich von ihren Geschwistern, unter den schwierigsten Verhältnissen. Diese Tatsache ist gewiß staunenswert und ein Beweis von Intelligenz eines solchen Porenzephalenhirnes, trotz der großen Hirnzerstörung. Wenn ein Gehirn die Organisation hat zum Lesenlernen, dann lernt es auch lesen, gewissermaßen von selbst.

Wenn die Unfähigkeit zu lesen („angeborene Wortblindheit") in England und im englischsprechenden Amerika offenbar häufiger ist (im ganzen etwa 60 Beobachtungen) als in Deutschland, so kann man hierfür vielleicht als Grund anführen, daß die englische Schriftsprache eine viel weniger phonetisch geschriebene Sprache ist als z. B. das Deutsche. Englische Autoren berichten auch von familiärem und hereditärem Auftreten dieser „angeborenen Wortblindheit". Bei nicht „angeboren Wortblinden" ist es allerdings — namentlich in der englischen Sprache — meist so, daß jemand zwar auf Diktat orthographisch sehr schlecht schreibt, den gleichen Text aber durchaus richtig liest, obwohl er ja etwas anderes liest, als was dasteht (*Rieger*). Geringere Grade speziell der Unfähigkeit zu lesen und auf Diktat zu schreiben finden sich auch bei normalen Schulkindern manchmal, pflegen aber im Laufe des Unterrichtes zu verschwinden. Doch bleiben auch manchmal — bei sonst Intelligenten — zweifellose Unbeholfenheiten, sei es im Lesen oder Schreiben, zeitlebens bestehen.

Diesen partiellen Defekten kommt zunächst eine praktisch-diagnostische Bedeutung zu. So kann ein Idiot mit solchem partiellen Intelligenzdefekt später paralytisch oder apoplektisch werden, ein schweres Hirntrauma erleiden (Beobachtung aus der Klinik), zur Unfallbegutachtung kommen (Beobachtung aus der Klinik). Und der



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diagnostizierende Arzt, welcher keine Kenntnis hat von solchen partiellen idiotischen Defekten, wird naturgemäß geneigt sein, das isolierte Fehlen der Schreib- oder Lesefähigkeit als Folge der erst im späteren Leben hinzugetretenen Hirnkrankheit aufzufassen. In derartigen Fällen kam bisweilen der idiotische Defekt durch die Schulzeugnisse nachgewiesen werden. Ohne solche Hilfen dürfte es, bei der ungemein großen Ähnlichkeit der angeborenen mit später erworbenen Defekten (siehe unten) oft völlig unmöglich sein, eine exakte Entscheidung zu treffen.

Ungleich größer als die praktisch-diagnostische erscheint mir die theoretische Bedeutung dieser partiellen Defekte, — nämlich die, vielleicht nicht rein zufällige, Ähnlichkeit mit aphasischen Störungen. Die eine Gruppe von Idioten könnte man als „angeborene Agraphie" bezeichnen, die andere als „angeborene Wortblindheit", wenn man an einer derartigen Terminologie Gefallen findet. Tatsache ist jedenfalls, daß die Idiotie ohne erkennbare Herderkrankung Zustandsbilder schafft, wie sie später durch Herderkrankungen hervorgerufen werden.

Es liegen nun über diese Idioten z. T. sehr ausführliche Untersuchungsergebnisse vor, die später veröffentlicht werden sollen. Hier mögen folgende Andeutungen genügen:

Der Idiot Philipp Gunkel ist ein Mensch mit einem ziemlich reichen Wortschatz. Er spricht gerne, viel und rasch, erzählt fließend und ist gewissermaßen ein geborener Redner. Er liest fließend jeden, auch schwierigeren Text. Einzelne Druckbuchstaben liest er bedeutend schlechter als ganze Worte, noch schlechter liest er geschriebene Buchstaben. Er hat nun die große Merkwürdigkeit, daß er Wörter, welche er fließend liest, nicht zerlegen, d. h. buchstabieren kann. Ebensowenig kann er aus Buchstabentäfelchen ein Wort zusammensetzen, auch wenn das fertige Wort, welches er zusammensetzen soll, als optische Stütze neben ihm liegt. Er schreibt fließend seinen Namen. Weiter kann er nichts schreiben. Er kann nicht einmal, weder auf Diktat noch nach Vorlage, die einzelnen Buchstaben schreiben, welche in seinem Namen vorkommen. Er ist ferner figurenblind und kann die einfachsten Schnörkel nicht nachfahren, auch nicht identifizieren. Ferner fehlt ihm die Fähigkeit der Reproduktion einfacher Bewegungen.

Der Idiot Nikolaus Leixner schreibt gut ab und transskribiert gut. Aber er kann das Abgeschriebene nicht lesen und nicht verstehen. Er liest die große Mehrzahl der einzelnen Druck- und Schriftbuchstaben. Er kann auch ganz kleine Wörter mit optischer Stütze buchstabieren. Aber er kann das Buchstabierte nicht zum Wort zusammenfassen. Auch kann er, ohne optische Stütze, ein Wort nicht in seine Laute zerlegen. Er kann kein Wort als Diktat schreiben; doch schreibt er einzelne Buchstaben auf Diktat, unter diesen merkwürdigerweise das kleine „i" und „k" nicht, welche in seinem Namen vorkommen. Sein Vor- und Zuname


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist das einzige, was er aus eigener Konzeption schreiben und was er lesen kann.

Ich habe nun zwei Insassen der Klinik, einen sehr intelligenten Aphasischen und eine ebenso intelligente Kranke mit einer merkwürdigen (in der Literatur nicht beschriebenen) Form partieller Hirnblindheit (Fehlen des Zusammenfassens auf optischem Gebiete) und Agraphie monatelang auf ihre Fähigkeit des Zerlegens und Zusammensetzens von Wörtern untersucht und so ungemein große und auffallende Ähnlichkeiten zwischen diesen und den partiellen Defekten von Idioten gefunden, daß dies kein Zufall sein kann. Vielmehr liegt in diesen Ähnlichkeiten Gesetz. Es ist nur gegenwärtig noch nicht möglich, dieses Gesetz zu formulieren. Aber ich glaube, daß für ein Verständnis dieser Gesetze von allergrößtem Nutzen sein werden die Begriffe Legato und Staccato, welche Prof. *Rieger* in die Psychologie eingeführt hat. Das Gehirn ist ein großer Zusammenfassungs-, Legatoapparat, Zerlegungs-, Staccatoapparat, sowohl auf optischem wie auf akustisch-sprachlichem wie auf motorischem Gebiete. Wenn der Legatoapparat in Tätigkeit tritt, bildet er Einheiten, Reihen. So ist denn auch das fertige Wort etwas durchaus anderes als die Summe von Buchstaben, welche, in entsprechender Reihenfolge, das Wort bilden. Hierfür lassen sich zahllose Beispiele anführen. Es ist erstaunlich, wie viele Symptome der Aphasie, Agraphie, Apraxie und Hirnblindheit, andererseits der partiellen Defekte verständlicher werden, wenn man sich hineingelebt hat in die Vorstellung von der Fähigkeit oder Unfähigkeit des Gehirnes, im speziellen Falle zusammenzufassen oder zu zerlegen.

Wollte ich die Unfähigkeit zu schreiben des Philipp Gunkel (s. o.) näher charakterisieren, dann könnte ich sagen: Es gibt verschiedene Arten der Agraphie: die aphasische, vielleicht die apraktische, vielleicht die isolierte, vielleicht noch viele andere; und endlich eine Art der Agraphie, die meines Wissens in der Literatur noch nicht beschrieben ist, und die bei bestimmten Formen von Hirnblindheit usw. vorkommen kann. Man könnte sie, mit Prof. *Rieger*, die r ä u m l i c h e Agraphie nennen. Philipp Gunkel kann offenbar nicht aus aphasischen, apraktischen usw., sondern aus optisch-räumlichen Gründen nicht schreiben. Die Schreib- und Lesestörung des Nikolaus Leixner aber würde vielmehr in das Gebiet der Aphasie gehören. Der eine ist Idiot vorwiegend auf optischem, der andere auf sprachlichem Gebiete.

Allgemein ausgedrückt heißt das: Ebenso wie z. B. eine im späteren Leben erworbene Agraphie verursacht sein kann durch die verschiedenartigsten Störungen, — ebenso lassen sich auch die angeborenen Defekte, so wie sie sich uns präsentieren: Unfähigkeit zu lesen, schreiben, dann aber auch (bei Normalen) zu singen usw., weiter analysieren und zerlegen: Der gleiche derartige angeborene Defekt kann das Resultat ganz verschiedener Störungen sein.

Daß jemand lesen kann, aber nicht schreiben, — schreiben kann,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber nicht lesen, dies ist etwas so Wunderbares und zunächst noch Unverständliches, daß ich mich nach Analogien für solche partielle Defekte umgesehen habe. Entsprechende Defekte finden sich bei Normalen sehr häufig, z. B. auf dem Gebiete der Musik. Man kann diese Vergleiche sehr wohl durchführen, obwohl die Eigenart der Musik manches mit sich bringt, was einen solchen Vergleich sehr erschwert (Tonhöhe, Intervalle usw.).

Was zunächst die optische Stütze betrifft, so gibt es hochmusikalische und hochintelligente Personen, welche ohne Noten völlig hilflos sind und nicht die einfachste Melodie, nicht einmal ihre eigenen Kompositionen, aus dem Gedächtnis reproduzieren können[1]).

Einer dieser Herren hat, bei sonst phänomenaler musikalischer Begabung und Technik, ein so dürftig entwickeltes spezifisches Sinnesgedächnis, daß er sich beim Komponieren die Töne mühselig auf dem Klavier zusammensuchen muß.

Der sogenannten angeborenen Wortblindheit entspricht die angeborene Melodienblindheit bei Personen, welche von Noten Klavier spielen, d. h. also den optischen Eindruck in Motorisches umsetzen können, — analog den transskribierenden Idioten. Diese angeboren Melodienblinden sind nicht für die einzelnen Noten blind (ebensowenig wie der Idiot Leixner für die einzelnen Buchstaben); sondern sie sind blind für diejenige Reihe von Noten, welche die Melodie bildet, — analog der Blindheit dem ganzen Wort gegenüber. Ein solcher Melodienblinder kann aus den vor ihm liegenden Noten eine ihm bekannte Melodie (die er z. B. soeben richtig auswendig gesungen hat, und

---

[1]) Es gibt bekanntlich auch hochbegabte Menschen, welche sich nicht in freien Reden ausdrücken können. Bei manchen ist dieser Defekt so stark, daß sie, ohne optische Stütze (Konzept), keinen Satz korrekt zu Ende bringen, sondern sofort in den stärksten Agrammatismus verfallen, und dann steht die Sprachmaschine überhaupt still. Die sich bildenden Gedanken fließen nicht in den Sprachapparat ab, wohl aber z. B. in die Schriftsprache. Denn der gleiche, sprachlich so ungewandte Gelehrte kann ein glänzender Schriftsteller sein. Tatsächlich kommen auf diesen Gebieten alle nur denkbaren Variationen und Kombinationen vor. In einer hochangesehenen, alljährlich wiederkehrenden, Versammlung findet sich im Programm ein Vermerk; „Das Ablesen vom Manuskript ist nicht gestattet“, oder „nicht üblich“. Es scheint hier also die Fähigkeit, „ohne optische Stütze“ zu reden, als Maßstab für die Intelligenz der Vortragenden betrachtet zu werden. Daß dies aber nicht angängig ist, liegt auf der Hand. Ein hochbegabter Forscher kann ebensogut ein sehr schlechter Redner sein, wie mancher Schwachsinnige ein vorzüglicher Redner ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die er andererseits von Noten selbst spielen kann) auch dann nicht identifizieren, wenn sie ihm gleichzeitig vorgespielt wird.

Daß ein solcher Melodienblinder eine Melodie nicht ohne optische Stütze zerlegen und zusammensetzen kann, versteht sich von selbst, während andere, auch nur mäßig musikalisch begabte, Nicht-Notenblinde eine bekannte Melodie nicht blos augenblicklich identifizieren, spielen und singen können, sondern auch ohne die geringste Mühe, ja ohne Nachdenken, aus dem Gedächtnis transponieren, diktieren, schreiben, mit Buchstaben benennen, zusammensetzen und zerlegen können. Diese, für den Unmusikalischen verblüffenden Leistungen vollziehen sich im Legato-Apparat des musikalischen Gehirns gewissermaßen automatisch.

Die Eigenart der Musik bringt es mit sich, daß man hier noch von einer anderen Art der Lesestörung reden kann. Die Fähigkeit des sogenannten absoluten musikalischen Gehörs ist weiter nichts als ein Lesen in Tönen, d. h. ein Benennen der Töne mit dem zugehörigen Buchstabenlaut. Dieser Vorgang der Identifikation eines Tones mit der zugehörigen Buchstabenbezeichnung geht auch in genau der gleichschnellen Zeit vor sich wie die Identifikation des optischen Buchstabenbildes mit dem zugehörigen sprachlichen Laute ($^1/_3$ bis $^1/_5$ Sekunde). Da das absolute musikalische Gehör etwas ziemlich seltenes ist, so hätte allerdings nach dieser Auffassung die große Mehrzahl aller Menschen eine Lesestörung auf musikalischem Gebiete, eine Unfähigkeit, Töne zu benennen, Tonblindheit. — Das absolute musikalische Gehör ist eines der besten Beispiele für eine ganz umschriebene, partielle Begabung. Dieses Phänomen ist wohl auch von Bedeutung für die Psychologie des Lesens und damit vielleicht sogar ein wenig für die Aphasielehre.

Auch für das Lesen-, aber nicht Schreiben-können finden sich auf musikalischem Gebiete Analogien.

Solche Parallelen zwischen den partiellen Defekten bei Idioten und denjenigen bei Normalen lassen sich nun ungemein viel weiter führen, als ich hier andeuten kann. Die Fähigkeit des Lesen- und Schreiben-lernens ist eben doch auch weiter nichts als eine bestimmte Begabung, welcher eine bestimmte Hirnorganisation zugrunde liegen muß, — ähnlich wie z. B. bei der musikalischen Begabung. Und es gibt gewiß zu denken, daß — hier wie dort — ganz die gleichen partiellen Defekte vorkommen können.

Das Studium der partiellen Defekte bei Normalen geht nun unmerklich über in das Studium der individuellen Differenzen, in die Individual-Psychologie. Es läßt sich experimentell nachweisen, daß der zentrale akustische oder optische Apparat bei dem einen Menschen anders arbeitet als bei dem anderen Menschen. Eine zentrale Ursache haben vielleicht auch manche individuelle Verschiedenheiten, für welche man sonst gewöhnlich nur das periphere Sinnesorgan verantwortlich macht. Es ist z. B. zum mindesten wohl denkbar, daß manche angeborene Farbenstumpfheit und partielle Farbenblindheit kein retinaler, sondern ein zerebraler Defekt ist.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die partiellen Defekte von Idioten auf motorischem Gebiete, die ungemein zahlreichen partiellen motorischen Defekte der normalen Menschen, und andererseits die apraktischen Störungen als Folge von Herderkrankungen fordern nun auch auf zum Studium der individuellen Differenzen auf motorischem Gebiete. Solche Differenzen sind bei psychologischen Experimenten häufig gefunden worden (*Oehrn* [1]), *Stern* [2]) u. a.). Man kann sich von ihrem Vorhandensein sehr leicht überzeugen, wenn man z. B. in maximaler Schnelligkeit und unter voller Ausnutzung des sogenannten elastischen Rückstoßes einfache Bewegungen ausführen läßt, sei es Klopfen mit einem festen Schreibstift auf Papier (Zählen der entstandenen Punkte, z. B. in 10 Sekunden), oder Schlagen an der rotierenden Trommel usw. Es zeigt sich, daß jede Person ihre eigene, ihr zugehörige maximale Geschwindigkeit hat, welche durch Übung nicht gesteigert werden kann. Je exakter man solche Experimente macht, um so gleichmäßigere Zahlen erhält man. Die maximalen Geschwindigkeiten differieren bei den einzelnen Personen zwischen 70 und 95 Doppelwegen in 10 Sekunden. Läßt man an der rotierenden Trommel einzelne Akzentstöße ausführen, mit Unterdrückung des elastischen Rückstoßes, so zeigt sich, daß der eine seine Akzentstöße viel näher aneinanderrücken kann, als der andere; die eine Versuchsperson leistet in 10 Sekunden 10 Akzentstöße mehr als die andere Person. Dieses Resultat bleibt stets dasselbe bei vielen hundert Versuchen (Demonstrationen entsprechender Kurven). Das Gehirn ist ein ungemein exakt arbeitender Akzentuierungsapparat, ein ungemein exakt arbeitendes Uhrwerk; aber es trägt jeder Mensch sein eigenes, individuelles Uhrwerk bei sich.

Die gleiche Person, die nun mit den Händen eine sehr große Geschwindigkeit im Akzentuieren entwickelt und außerdem gleichzeitig auch manuell sehr geschickt sein mag, entwickelt im Sprachapparat eine nur sehr mäßige maximale Geschwindigkeit und ist in den Beinen so ungeschickt, daß z. B. die einfache Bewegung des Treppenherabgehens höchst langsam und gewissermaßen nur unter Überwindung großer Widerstände [3]) möglich ist. Solche höchst auffallende motorische Differenzen finden sich

[1]) *Kräpelins* psychologische Arbeiten I. 1. Seite 92, 1895.

[2]) *Stern*, Psychologie der individuellen Differenzen. Barth, 1900.

[3]) Gerade für die individuellen Differenzen erscheint mir der psychologische Begriff des Widerstandes fast unentbehrlich. Ob etwas in das Hirn eintritt, im Hirn selbst geschieht oder aus dem Hirn (in die Muskeln) heraustritt, — ein solcher Vorgang geht bei dem einen glatt und fließend vonstatten, während er bei dem anderen mehr oder weniger stark erschwert und verlangsamt ist. — Subjektiv entspricht diesen Verschiedenheiten, je nachdem, u. a. das Gefühl der Sicherheit oder Unsicherheit. Die Selbstbeobachtung bei partiellen Defekten oder Begabungen ist höchst interessant. Näheres hierüber später.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

also bei der gleichen Person. Und zwar sind solche partielle motorische Defekte und Begabungen bei Normalen etwas sehr Häufiges. Auf das schnelle Akzentuieren-können allein kommt es gar nicht an, sondern darauf, daß die Impulse geordnet erfolgen. Das Gehirn ist nicht nur ein Akzentuierungsapparat, sondern auch ein Ordnungs- (Legato-) Apparat, auch auf motorischem Gebiete. So kann denn auch z. B. ein vorzüglicher Klavierspieler ein viel langsamerer Akzentuator in den Händen sein als jemand, der, trotz größter Mühe, niemals das Klavierspielen erlernt.

Aber, auch abgesehen von allen spezifischen Fähigkeiten, kann man sagen: Zu dem Ordnen braucht das gleiche Gehirn für die verschiedenen Muskelgruppen, und brauchen verschiedene Gehirne für die gleichen Muskelgruppen, zu der gleichen Aufgabe, oft einen ganz verschieden großen Zeit- und Kraftaufwand. Und diese individuellen zeitlichen und Energie-Differenzen in der ordnenden Tätigkeit des Gehirnes finden sich nicht nur auf psychomotorischem, sondern überhaupt auf psychischem Gebiete.

Was die Frage betrifft, ob man solche angeborenen Defekte lokalisieren und anatomisch nachweisen kann, so glaube ich nicht an eine solche Möglichkeit. Je eingehender man sich mit der Analyse solcher angeborenen Defekte und Begabungen beschäftigt, um so mehr zweifelt man daran, daß denselben umschriebene Aplasien und Hyperplasien im Gehirn entsprechen. *Auerbach* [1]) hat wieder versucht, neuerdings die musikalische Begabung in Verbindung zu bringen mit einer außergewöhnlichen Breite der 2 oberen linken Schläfenlappenwindungen. Ein solcher Versuch ist aber wohl mehr zu betrachten als der Ausfluß eines sehr starken und weitverbreiteten Triebes: Psychologisches in Anatomisches umzusetzen. Gewiß muß das Gehirn eines Musikalischen — vielleicht sogar an umschriebener Stelle — ein irgendwie anderes sein als das Gehirn eines Unmusikalischen. Und andererseits weisen die einzelnen Gehirne, makroskopisch wie mikroskopisch, an der gleichen Stelle oft individuelle Differenzen auf. Aber da man über die materielle Grundlage des psychischen Geschehens überhaupt noch nichts weiß, wäre es doch zum mindesten verfrüht, wenn man die individuellen Verschiedenheiten der lebenden Psyche ohne weiteres in Verbindung bringen wollte mit den anatomischen — makroskopischen oder mikroskopischen — individuellen Verschiedenheiten des Organs.

Es darf ferner auch nie vergessen werden, daß z. B. Kinder, welchen die ganze linke *Broca*sche Gegend durch einen porenzephalischen Defekt zerstört wurde, doch gut sprechen und schreiben lernen können. Das Gleiche gilt, ceteris paribus, natürlich auch für den Gyrus angularis und das Lesen usw. Man darf auch nicht annehmen, daß eine abgelaufene „Enzephalitis" die Ursache z. B. der angeborenen Unfähigkeit zu lesen ist, ebensowenig wie man annehmen darf, daß eine angeborene Melodienblind-

[1]) Arch. für Anatomie und Physiolog. 1906. Anatom. Abteilung. Seite 197.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heit oder musikalische Unbegabtheit durch eine „Enzephalitis" u. dgl. verursacht worden ist. Die sogenannten „Zentren" im Gehirne sind übrigens auch vielleicht gar nicht von vornherein für die betreffenden Hirnpartien prädestiniert, sondern die funktionelle Verschiedenheit der Großhirnrinde entsteht, wenigstens für einige dieser „Zentren", möglicherweise erst, früher oder später, während des Lebens und nach physikalisch-physiologischen, uns unbekannten Gesetzen.

Tatsache ist nur dieses: Jeder Mensch ist bestimmten Gebieten gegenüber durchaus Idiot. Und wenn man sagen kann, daß die Idiotie auch Zustandsbilder schafft, wie sie sonst nur durch Herderkrankung hervorgerufen werden, und wenn diese Tatsache vielleicht für die Aphasielehre von großer Bedeutung ist, — so kann man auch sagen: daß sich durchaus entsprechende Analogien für die partiellen idiotischen Defekte einerseits, die Symptome bei Herderkrankungen andererseits auch bei völlig geistig normalen Menschen finden.

Je eingehender man sich beschäftigt mit diesen partiellen Defekten und mit den Symptomen bei Herderkrankungen, um so mehr muß man sich auch, glaube ich, entfernen von dem *Wernicke*schen Aphasieschema und der daselbst gebrauchten Terminologie. Diejenigen Autoren sind ja ungemein in der Mehrzahl, welche in dem Aphasieschema einen großen wissenschaftlichen Fortschritt erblicken. Und nur eine ganz geringe Minderzahl hat das Aphasieschema von vornherein für mehr schädlich als nützlich gehalten. Welche von diesen beiden die richtige Ansicht ist, das zu entscheiden fühle ich mich nicht berufen. Aber das darf ich wohl sagen, daß die Aphasielehre gegenwärtig auf einem toten Punkte angelangt ist. Und auch das jüngste Kind der Aphasie, die Apraxie, kann in der gegenwärtigen Gestalt nicht befriedigen. Nun ist aber das Studium der aphasischen Störungen (im weitesten Sinne) vielleicht noch am ehesten geeignet, Antwort zu bringen auf die Frage nach denGesetzen des psychischen Geschehens. Es ist das große und bleibende Verdienst *Wernickes*, daß er die Wichtigkeit der Aphasie gerade für die Psychiatrie zuerst erkannt und betont hat. Wenn man aber mit seiner Aphasieauffassung nicht weiterkommt, dann ist wohl ein Versuch berechtigt, die Untersuchung der Aphasien noch nach anderen Gesichtspunkten zu betreiben. Und gewisse Fingerzeige hierfür gibt uns, glaube ich, auch das Studium der partiellen Defekte von Idioten und Normalen. — Ausführliche Veröffentlichung der Krankengeschichten, Experimente, Beobachtungen usw. wird später erfolgen, als „Beiträge zur Lehre von der Aphasie".

Keine Diskussion.

Specht-München. „Zur Theorie der Ideenflucht." Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden.

Keine Diskussion.

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

2. Sitzungstag: Mittwoch, 10. Juni 1908.

Zu Beginn der Sitzung gibt der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing eine Einladung zu dem im Herbst d. J. in Wien stattfindenden Internationalen Kongreß für Irrenpflege und weiterhin eine an den Verein ergangene Aufforderung zu Beiträgen zur „Robert-Koch-Stiftung" bekannt. Letztere wird seitens der Versammlung abgelehnt.

Der Jahresbeitrag für das kommende Vereinsjahr 1908/09 wird auf 3 Mark festgesetzt.

Als Ort für die zu Pfingsten 1909 stattfindende nächste Jahresversammlung des Vereins wird München festgesetzt. Hierauf werden seitens der Versammlung die gemäß dem Referate *Rehm-Kolb* einzusetzenden 5 Kommissionen in folgender Zusammensetzung gewählt.

a) Kommission zur Beratung der Frage der Fürsorge für die Heilung der Trinker:

Kräpelin-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Kolb*-Kutzenberg, *Scheiber*-Deggendorf, *Hügel*-Klingenmünster.

b) Kommission zur Beratung der Frage der Idiotenfürsorge:

Karrer-Klingenmünster, *Weygandt*-Würzburg, *Kaufmann*-Werneck, *Dees*-Gabersee, *Ungemach*-Eglfing.

c) Kommission z. B. d. Fr. der Errichtung von Volks-Nervenheilanstalten.

Würzburger-Bayreuth, *Rehm*-Neufriedenheim, *Eccart*-Frankenthal, *von Rad*-Nürnberg, *Reichardt*-Würzburg.

d) Kommission z. B. d. Fr. der Fürsorge für geisteskranke Verbrecher:

Kraussold-Bayreuth, *Vocke*-Eglfing, *Kundt*-Deggendorf, *Gudden*-München, *Blachian*-Werneck.

e) Kommission zur Gründung eines Landeshilfsvereins:

Würschmidt-Erlangen, *Specht*-Erlangen, *Feldkirchener*-Karthaus-Prüll. *Herfeldt*-Ansbach, *Ranke*-München-Obersendling.

Die Kommissionen erhalten das Recht der Kooptation. Bei der darauffolgenden Vorstandswahl wird die bisherige Vorstandschaft durch die Versammlung mit Akklamation wiedergewählt, an Stelle des ausgeschiedenen II. Schriftführers Dr. *Nitsche* wird Dr. *Isserlin*-München gewählt. Herrn *Nitsche* wird der Dank des Vereins ausgesprochen.

Als Referat für die nächstjährige Jahresversammlung wird das Thema „Syphilis und Geistesstörung", als Referenten hierüber werden *Alzheimer* und *Plaut*-München aufgestellt.

Hierauf folgt der Bericht des Vorsitzenden *Vocke*-Eglfing über die Stellungnahme des Vereins zum Gehaltsregulativ:

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben im Jahre 1906 dem Kgl. Staatsministerium des Innern, den Kgl. Kreisregierungen und den Landratsversammlungen im Hinblick auf den Ärztemangel an den Irrenanstalten, der heute ungemindert fortbesteht, Vorschläge unterbreitet zu einer Reformierung der ärztlichen Organisation an den Irrenanstalten und für eine materielle Verbesserung der gegenwärtigen zum Teil ganz ungenügenden Gehaltsbezüge der Anstaltsärzte. Unsere Bestrebungen sind an den maßgebenden Stellen zwar gewürdigt worden, allein es wurde uns mitgeteilt, daß aus naheliegenden Gründen eine Regelung vor der Erlassung des neuen Gehaltsregulativs nebst Beamtengesetz nicht möglich sei.

Inzwischen hat sich auch der deutsche Verein für Psychiatrie auf seiner Tagung im April 1907 zu Frankfurt a. M. mit dieser für unseren Stand brennenden Frage befaßt und im April 1908 in Berlin ohne Debatte und einstimmig die Vorschläge angenommen, welche die vom Verein erwählte Kommission zur Hebung der ideellen und materiellen Lage der Irrenärzte formuliert und dem Verein unterbreitet hatte. Diese Beschlüsse werden vom Vorstande des deutschen Vereins für Psychiatrie auch unserem Kgl. Staatsministerium des Innern unterbreitet werden, allein wir müssen heute im Hinblick auf das bayerische Gehaltsregulativ unsere Gehaltsvorschläge klar formulieren und alsdann den einschlägigen Behörden vorlegen.

Die von Ihnen eingesetzte Kommission für Standesangelegenheiten hat mich beauftragt, Ihrer Beschlußfassung folgende Vorschläge zu unterbreiten, welche von der Kommission nach eingehender Beratung einstimmig angenommen worden sind. Die Vorschläge decken sich im allgemeinen mit den Beschlüssen des deutschen Vereins für Psychiatrie, wenn wir auch im Hinblick auf das bayerische Gehaltsregulativ etwas hinter jenen Forderungen zurückbleiben müssen. Wie maßvoll und bescheiden unsere Vorschläge sind, zeigt ein Vergleich mit den Beschlüssen des niederösterreichischen Landtages im Jahre 1907, welcher die aufreibende Tätigkeit der Anstaltsärzte mit einer bewunderungswürdigen Einsicht bewertet und dementsprechend honoriert.

Die Vorschläge Ihrer Kommission sind folgende:

„I. Allen Anstaltsärzten sollen neben dem Bargehalt wie bisher die üblichen freien Nebenbezüge, d. h. ohne Gehaltsabzug, gewährt werden.

II. Die Assistenzärzte sollen einen Mindest-Funktionsbezug von 1800 M. neben freier Station I. Klasse erhalten.

III. Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich mit Beamteneigenschaft anzustellen mit einem Mindestgehalt von 3000 M., Dienstalterszulagen nach Klasse XII des Gehaltsregulativs und freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartengenuß und Medikamentenfreiheit für sich und ihre Familienmitglieder.

IV. Oberärzte: Mindestgehalt 4800 M., Dienstalterszulagen nach Klasse IX des Gehaltsregulativs und freie Nebenbezüge wie sub III.


Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Direktoren: Mindestgehalt 6000 M., Dienstalterszulagen nach Klasse VII des Gehaltsregulativs und freie Nebenbezüge wie sub III.

VI. Sollten an einzelnen Stellen gegen die Gewährung freier Nebenbezüge Bedenken prinzipieller Natur bestehen und daher auf Gehaltsabzügen für Wohnung, Heizung usw. bestanden werden, so sind die Bargehälter entsprechend höher anzusetzen, damit trotz der eventuellen Abzüge die sub II—V vorgeschlagenen Mindestbarbezüge erreicht werden.

VII. Die Vorstandschaft und Standeskommission wird beauftragt, das Weitere zu veranlassen, damit die Vorschläge des Vereins noch mit den Etats pro 1909 den Landratsversammlungen zugehen. Das Kgl. Staatsministerium des Innern ist im Hinblick auf Art. 189 des Beamtengesetzes um die Erlassung von entsprechenden Weisungen zu bitten."

Der Vorsitzende stellt jede Ziffer I—VII einzeln zur Diskussion. Es meldet sich niemand zum Wort, die Versammlung bekundet ihre Zustimmung. In der darauffolgenden Abstimmung werden die Vorschläge debattelos und einstimmig angenommen.

Sodann wird die Reihe der Vorträge wieder aufgenommen:

***Kräpelin*: „Über die Entartungsfrage." (Der Vortrag ist im Auszuge im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erschienen 1908. S. 745.)**

Diskussion: *Weygandt*: Bei der Abwägung der Bedeutung des Faktors der toxischen Einflüsse und der durch die Kultur bedingten Überanstrengung des Körpers und Geistes überwiegt zweifellos die erstere; von Personen, die sich extrem körperlich anstrengen oder sexuell ausschweifen, erhält sich ein großer Teil, offenbar durch Freibleiben von Giften, gesund. Hinsichtlich regenerativer Bestrebungen gibt die seit längerer Zeit schon von Hygiene beeinflußte Kultur Englands ein Beispiel bewußter Regulierung der lebenfördernden Faktoren.

***Dees* bemerkt für den Fall, daß es nicht allseitig bekannt sein sollte, daß wir bereits über eine sehr umfangreiche Statistik, in welcher eine große Zahl der von *Kräpelin* ausgeführten Momente berücksichtigt ist, verfügen, nämlich die „Medizinal-Statistik des Königreichs Bayern", herausgegeben vom kgl. statistischen Bureau.**

***Kräpelin* macht darauf aufmerksam, daß die Hysterie an sich eine phylogenetisch alte Krankheit ist, daß wir aber gewissermaßen Kulturformen der Hysterie festzustellen haben, deren Entstehung und Erscheinungen durch die Kulturbedingungen wesentlich beeinflußt werden. Ähnlich steht es mit den sexuellen Perversitäten, die nur dann als Entartungserscheinungen aufzufassen sind, wenn sie die gesunde sexuelle Betätigung ausschließen. — Über die japanischen Verhältnisse ist ein Urteil schwer möglich. Jedenfalls sind die Japaner kein Naturvolk; sie haben auch Paralyse in ähnlichem Maße wie wir. Der Selbstmord hat dort als Volks-**


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sitte wesentlich andere Bedeutung als bei uns. — Daß durch bewußte Regelung unserer Lebensbedingungen Erfolge erzielt werden können, ist zweifellos. Die Ausschreitungen des Sportswesens sind ein Zeichen für das Bedürfnis, aus den Kulturschädigungen herauszukommen. Die bestehenden Statistiken sind nicht ausreichend, um die Fragen der Degeneration und Regeneration zu beantworten; dazu ist ein fachmännisches Eindringen in die persönlichen Verhältnisse erforderlich.

Jamin-Erlangen: „Hysterie bei Unfallkranken" (mit Demonstrationen).

In vielen Fällen von sogenannter traumatischer Hysterie nach einem Unfall ohne Allgemeinschädigung des Zentralnervensystems verhüllt das unter dem Einfluß des Rentenstreits und der damit zusammenhängenden Gemütsbewegungen erwachsene Symptomenbild subjektiver Beschwerden und funktioneller Störungen den Zusammenhang mit einem organischen Leiden. Letzteres ist dann maßgebend für den Grad der Erwerbsbeschränkung und bietet die Grundlage für die tatsächlich bestehenden Krankheitsgefühle, deren Entäußerung nur durch die Rentenhysterie verschoben und entstellt worden ist. Dabei kann es für die Feststellung der Entschädigungsansprüche nicht gleichgültig sein, ob das organische innere oder nervöse Leiden selbst mit dem Unfall in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder nicht. Vortragender zeigt hierzu zwei Fälle: Der erste ein 38 jähriger Taglöhner, hat vor drei Jahren eine geringfügige Quetschung des linken Beins erlitten, nach vierwöchiger Kur wieder ein Vierteljahr gearbeitet, seitdem nie wieder sich zur Arbeit aufraffen können. Anfänglich hinderten ihn nur Schmerzen, Schwäche und Zittern in den Beinen, in den letzten Jahren kamen Schwäche, mannigfache und sehr wechselnde Gefühlsstörungen auch am Rumpf und den oberen Extremitäten hinzu. Zurzeit bietet er, zu jeder freien Bewegung unfähig, mit einem besonders bei Erregung sich mächtig steigernden allgemeinen Schüttelklonus an Kopf, Armen und Beinen ein sehr auffälliges Bild. Der Verdacht auf multiple Sklerose wurde nie durch Reflexstörungen, typische Paresen, Augenhintergrundsveränderungen bestätigt. Die Intelligenz ist nicht verändert. Das Körpergewicht hat mit der Entwicklung mächtiger Adipositas im Laufe der Krankheit um ca. 20 kg. zugenommen. Die Rentenansprüche wurden bis auf eine Entschädigung von 15 % durch Instanzen endgültig abgewiesen, der Kranke lebt mit einer großen Familie in dürftigen Verhältnissen ohne alle Betätigung und läßt sich von seiner Frau ernähren. Albuminurie und Blutdrucksteigerung deuten darauf hin, daß neben einer bestehenden rechtsseitigen Lungenspitzenerkrankung ein chronisches Nierenleiden bei dem Mann das Gefühl von Arbeitsunfähigkeit und Schwäche, ganz abgesehen von der Unfallsangelegenheit, begründet. Der zweite Fall betrifft einen 33 jährigen Arbeiter, der durch einen auffallenden schweren Balken im Dezember 1900 in der Kreuzgegend verletzt wurde.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Er war danach 4 Jahre lang bettlägerig mit starken Kreuzschmerzen, ohne nachweisbare äußere Verletzung, ohne Lähmungen usw. Im Jahr 1904 konnte er nur rechtwinckelig gebückt sehr mühsam sich auf den Beinen halten, hatte Schüttelklonus an den Beinen, ängstliche Depression. Damals bei klinischer psycho-therapeutischer Behandlung auffällige Besserung in kurzer Zeit, so daß der Kranke wieder ganz gut mit geringer Unterstützung aufrecht gehen konnte. Im Jahr 1905 zuerst eine geringe Parese im rechten Peroneusgebiet bemerkt, womit zuerst bei dem bis dahin als traumatische Hysterie diagnostizierten Falle der Verdacht auf ein beginnendes organisches Leiden auftauchte. Zurzeit bestehen subfebrile Temperatursteigerungen, sehr schmerzhafte Prominenz der unteren Lendenwirbel, Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule im Röntgenbilde, Verdacht auf beginnende Wirbelkaries in der Lendenwirbelsäule auf Grund traumatischer Veränderungen. Schüttelklonie, gesteigerte vasamotorische Erregbarkeit der Haut, ängstliche Erregung bestehen bei dem Kranken fort, der jetzt wieder fast fast ganz bettlägerig geworden ist. Er hat seit dem Unfall nie mehr gearbeitet und stets 80—100 % Rente erhalten. Zum Teil durch interkurrente Lungenerkrankungen gefördert und gegründet auf die ursprünglich vorhandene schmerzhafte Läsion der Wirbelsäule, hatten die mannigfachen und leicht beeinflußbaren Reiz- und Schwächeerscheinungen lange Zeit der Diagnose eine falsche Richtung gewiesen und den Übergang zu der jetzt nach 8 Jahren erst zur Entwicklung kommenden schweren postraumatischen organischen Erkrankung hergestellt.

Eine Diskussion findet nicht statt.

Weygandt-Würzburg: „Organische und funktionelle Symptome nach Schädelverletzungen."

Der Vortrag wird in extenso im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen.

Keine Diskussion.

Specht-Erlangen: „Über die klinische Stellung der Paranoia."

(Der Vortrag ist in extenso im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erschienen, 1908. S. 817.)

Diskussion: *Kräpelin* kann mit den von Specht vorgetragenen Vorstellungen in vieler Beziehung übereinstimmen, möchte jedoch darauf hinweisen, daß auch andersartige Affekte zu paranoischen Wahnbildungen führen können, insbesondere psychopathische Veranlagungen, bei denen Anzeichen manisch-depressiven Irreseins sich nicht nachweisen lassen. Er glaubt daher, obgleich gewiß namentlich unter den Querulanten viele chronisch Manische sich befinden, daß die Paranoia-Gruppe doch noch Wahnbildungen anderer Entstehungsgeschichte in sich schließt.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Specht erwidert hierauf: Die *Kräpelin*schen Einschränkungen treffen den Kernpunkt meiner Darlegungen nicht. Daß es paranoische Bilder bei Krankheitsprozessen gibt, die mit dem manisch-melancholischen Irresein klinisch nichts zu tun haben (Psychopathen, Paralyse, Dementia praecox, Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie usw.) ist ja bekannt genug und konnte von mir unmöglich übersehen werden. Für diese, auf ganz anderer Basis erwachsenen paranoiden Zustandsbilder gilt ausschließlich der psychologische Teil meiner Ausführungen. Das ist denn auch z. B. bei der Dementia paranoides, der Paralyse vielfach mit Händen zu greifen. Aber die klinische Zuordnung der „echten" Paronoia zum manisch-melancholischen Irresein wird in keiner Weise alteriert.

In der nun folgenden Pause lädt Prorektor Prof. Dr. *Hauser* zur Besichtigung der pathologisch-anatomischen Sammlungen ein und übernimmt selbst die Führung durch dieselben.

Es folgte dann der letzte Vortrag:

Rittershaus-Erlangen: „Über Tatbestands-Diagnostik." (Vorläufige Mitteilung).

Durch Mißerfolge bei ungeeigneter Methode hat man sich zu sehr abschrecken lassen. Die juristischen Einwände sind alle verfrüht, weil die Grundlagen des Verfahrens auch noch nicht annähernd erforscht sind. Zunächst ist erforderlich Vereinfachung des Versuchs, Ausscheidung aller komplizierenden Faktoren, zu diesem Zwecke Vorversuch jeder einzelnen Versuchsperson etwa mit dem *Sommer*schen Reizwörterschema, das im übrigen für die eigentlichen Versuche ganz ungeeignet ist. Die Gefahr der Autosuggestion des Experimentators, immer dort Komplexmerkmale zu finden, wo er sie sucht, läßt sich umgehen durch Eintragen der Reaktions- und Reproduktionszeit in Kurven nach Art von Fieberkurven. Schon *Riklin* hatte ähnliche Kurven angelegt (Psychiatr.-neurol. Wochenschrift, 1905), aber in anderer, umständlicher Art, in Kolumnen und zu anderem Zweck. Vortragender trägt in diese Kurven, was bei den *Riklin*schen nicht möglich ist, auch alle Komplexmerkmale, Merkmale im Reaktionswort, solche im Verhalten der Versuchsperson, sowie alle Reproduktionsstörungen je durch besondere Zeichen ein. Hierdurch wird jede Autosuggestion ausgeschaltet, man kann von Kleinigkeiten abstrahieren und nur das Handgreiflichste herausnehmen, so daß wie beim Indizienbeweis nicht ein einzelnes Indiz, sondern nur ihre Summe eine, wenn auch immer noch nicht absolute Beweiskraft erhält. Wenn man aufs Geratewohl zu diagnostischen Zwecken assoziieren läßt, wenn man gewissermaßen psychische Probepunktionen vornimmt, muß man sich damit begnügen, daß auf gut Glück dies oder jenes Reizwort einen Komplex trifft. Wenn es aber geht, soll man unter allen Umständen vermeiden, zu grobe Reizworte anzuwenden, man muß Gruppen von Reizworten einfügen, die den Komplex, wie *Löffler* sagt, erst „in Bereitschaft stellen", und ihn dann auch nur antippen, man



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

muß gewissermaßen eine Weiche anbringen, bei der der Unschuldige harmlos nach der einen und der Schuldige sicher nach der anderen Seite geht. Ferner muß man die Resultate individuell beurteilen, dieselben Komplexmerkmale haben unter Umständen bei verschiedenen Versuchspersonen verschiedenen diagnostischen Wert. Deshalb führt auch jede vergleichende Statistik der Resultate, in Zahlen ausgedrückt, zu Fehlschlüssen. Der größte Nachteil aller seitherigen Versuche aber ist, daß sie mit künstlichen Tatbeständen, mit Komplexsurrogaten, arbeiten, die sich nie so deutlich von den zufällig in der Versuchsperson befindlichen Komplexen abheben können, wie wirkliche stark gefühlsbetonte. Deswegen sind zunächst Versuche an Gesunden nötig, um wenigstens die Grundlage einer Psychologie der Komplexe zu schaffen. Dabei findet man vor allem zahlreiche anscheinend gesunde Personen mit ausgesprochener hysterischer Veranlagung. Diese sind ausgezeichnet durch hochgradige Komplexerregbarkeit, wie dies auch schon *Riklin* gefunden hatte, ferner aber auch durch ein Schwanken in der Intensität dieser Erregbarkeit. Dieselben Erscheinungen zeigen sich aber auch bei Menstruierten. Nährere Untersuchungen hierüber werden noch folgen.

Der Hauptwert der Tatbestandsdiagnostik liegt aber für den Psychiater nicht in der kriminalistischen, sondern in der psychiatr.-diagnostischen Seite. Man kann die meisten Psychosen bekanntlich jetzt schon direkt aus den Assoziationen diagnostizieren, wieviel mehr erst bei Anwendung der Tatbestandsdiagnostik. Vor allem aber ist man imstande, dissimulierende Kranke zu überführen, was bei Entlassungsfragen sehr wichtig werden kann. Vielleicht wird die Methode auch bei Rentenhysterikern eine Rolle spielen. Referent wird seine bis jetzt erreichten Resultate nach Abschluß der Untersuchungen im Zusammenhang veröffentlichen. Vor allem aber glaubt Vortragender, daß die Methode uns dereinst einmal einen Schritt weiter führen wird auf dem Wege, dem Individuellsten, Persönlichsten im Kranken näher zu kommen, nachdem unsere seitherigen Methoden gewissermaßen auf einem toten Punkt angelangt sind.

Keine Diskussion.

Der Vortrag *Stauffer*, Rechtspraktikant, München: „Gesetzmäßige Internierung Geisteskranker" mußte wegen Erkrankung des Vortragenden ausfallen.

Der Vortrag *Würschmidt*-Erlangen: „Der Wert der neueren Hypnotica für die psychiatrische Therapie" wurde zurückgezogen, da er teilweise schon im Druck erschienen war.

Weiterhin fielen aus die Vorträge *Alzheimer*-München: „Triebartige Handlungen bei jugendlichen Degenerierten" und *Plaut*-München: „Manisch-depressive Symptomenbilder bei Luetischen" da die Vortragenden an der Teilnahme an der Versammlung verhindert waren.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Vorträge *Iserlin*-München: „Über die Ausführung willkürlicher Bewegungen" und *Weiler*-München: „Untersuchungen des Patellarreflexes und seine Beziehungen zu den Pupillenreflexen" wurden in Anbetracht der vorgerückten Zeit zurückgezogen.

Sodann spricht der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing den Vortragenden, sowie den Herren *Würschmidt* und *Specht*-Erlangen und den Schriftführern den Dank des Vereins aus und schließt hierauf die Versammlung.

Der geplante Ausflug unterblieb wegen ungünstiger Witterung, und die Teilnehmer versammelten sich nochmals in dem Festsaal der Kreisirrenanstalt.

Die Schriftführer:

Brandl. *Faltlhauser.* *Stöcker.*

39. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe (Hotel Germania) am 7. und 8. November 1908.

1. Sitzung, den 7. November 1908, 2½ Uhr.

Geschäftsführer waren *Neumann*-Karlsruhe und *Oster*-Illenau. Anwesend sind folgende (72) Herren: *Barbo*-Pforzheim, *Berliner*-Gießen, *Boehm*-Karlsruhe, *Bumke*-Freiburg i. B., *Croissant*-Wiesloch, *Damköhler*-Klingenmünster, *Dannemann*-Gießen, *Dörner*-Adelsheim, *Ehrmann*-Kork, *R. Fischer*-Neckargemünd, *Friedmann*-Mannheim, *Fröhlich*-Ettlingen, *Fürer*-Haus Rockenau, *Geiger*-Rappenau, *Greiff*-Karlsruhe, *Haardt*-Emmendingen, *Haberkant*-Stephansfeld, *Habermaas*-Stetten i. R., *Hagmann*-Straßburg, *Haymann*-Freiburg i. B., *Hegar*-Wiesloch, *Hoche*-Freiburg, *Hoffmann*-Zwiefalten, *Homburger*-Heidelberg, *Jaeger*-Pforzheim, *Kaiser*-Karlsruhe, *Kemmler*-Weinsberg, *Klewe*-Emmendingen, *Krauß*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnental, *Kurz*-Pfullingen, *Landerer*-Kennenburg, *Laudenheimer*-Alsbach-Darmstadt, *Levi*-Stuttgart, *Lewy*-Pforzheim, *Löwy*-Marienbad-Heidelberg, *Lumpp*-Bruchsal, *Hans W. Maier*-Burghölzli-Zürich, *Mann*-Mannheim, *Mayer*-Goddelau, *Merzbacher*-Tübingen, *Neumann*-Karlsruhe, *Nissl*-Heidelberg, *Nitka*-Mannheim, *Oster*-Illenau, *Pappenheim*-Heidelberg, *Pfersdorff*-Straßburg, *Pondejeff*-Tiflis, *Ranke*-Heidelberg, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Reichardt*-Karlsruhe, *Riffel*-Wiesloch, *Roemer*-Hirsau, *Roemer*-Illenau, *Rosenfeld*-Straßburg, *Schüle*-Illenau, *Schulze*-Hoerdt, *Sprauer*-Wiesloch, *Staatsmann*-Emmendingen, *Staiger*-Hohenasperg, *Stengel*-Bruchsal, *Thomsen*-Bonn, *Weil*-Stuttgart, *Weinland*-Weißenau, *Wetzel*-Heidelberg, *Weyland*-Klingenmünster, *Wilmanns*-Heidelberg, *Wolff*-Katzenelnbogen, *Wollenberg*-Straßburg.

Als Gäste: Geheimer Oberregierungsrat *Duffner*-Karlsruhe, Ministerialdirektor Geheimrat Dr. *Glockner*-Karlsruhe, Oberkriegsgerichtsrat *Schubert*-Karlsruhe.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neumann-Karlsruhe eröffnet die Sitzung und würdigt die Verdienste des am 25. Juni 1908 in Zwiefalten verstorbenen Medizinalrats Dr. *J. L. A. Koch*; zu Ehren seines Andenkens erhebt sich die Versammlung.

Zu Vorsitzenden wurden für den 1. Tag *Schüle*-Illenau, für den 2. Tag *Nissl*-Heidelberg gewählt, zu Schriftführern *Merzbacher*-Tübingen und *Roemer*-Illenau bestellt.

Zu dem Thema „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher" lagen statistische Übersichten und Thesen der Referenten gedruckt vor. *Stengel*-Bruchsal erstattet das Referat, *Hegar*-Wiesloch das Korreferat. Beide sind in diesem Band veröffentlicht (S. 82 u. S. 109).

Diskussion. — *Dannemann*-Gießen: In Hessen war man bei Beratung der einschlägigen Fragen einstimmig für einen Versuch mit der Sammlung der gefährlichen Elemente aus einem größeren Bezirk, ein solcher sollte beim jetzigen Stand der Dinge nicht zu kategorisch verworfen werden.

Ransohoff-Stephansfeld: Man sollte sich doch nicht so kategorisch ausdrücken. Gegenüber den Erfahrungen von Düren stehen doch diejenigen von Conradstein, Neustadt, Eickelborn, wo man ganz zufrieden ist. Die Fehler von Düren lassen sich vermeiden.

Auch die reichsländische Verwaltung hat sich entschlossen, ein festes Haus für geisteskranke Verbrecher in der Filialanstalt Hördt in Vorschlag zu bringen. Dasselbe soll mit vorläufig 30 Betten dem Bedarf des ganzen Landes dienen.

Haardt-Emmendingen schließt sich dem Vorschlag des Herrn *Dannemann* nicht an. Es seien bereits Versuche in größerem Umfange gemacht worden, die uns jetzt beschäftigende Art von Kranken in größere besondere Anstalten unterzubringen oder dieselben aus einem weiteren Aufnahmebezirk in einem größeren festen Haus, das einer bestimmten Anstalt angegliedert ist, zu sammeln. In dieser Weise könnten die andern Anstalten des betr. Landes von solchen Einrichtungen frei bleiben. Die Versuche haben, wie ja bereits aus dem Berichte des Herrn *Hegar* hervorgeht, zu keinem günstigen Ergebnis geführt. Es dürfte daher doch wohl nicht angezeigt sein, solche kostspieligen Versuche weiter zu empfehlen. Ganz besonders sollte aber in den Vordergrund gestellt werden, wie schwierig sich die Frage der ärztlichen Versorgung in solchen Spezialanstalten gestaltet. Es sollte dieser Umstand allein schon genügen, vor weiteren Versuchen in dieser Richtung zu warnen. Eine ähnliche Wirkung der Erschwerung der ärztlichen Versorgung würde auch die Angliederung eines Sicherheitshauses für einen größeren Aufnahmebezirk an eine einzige bestimmte Anstalt eines Landes ausüben, wie sie auch der Stellung dieser Anstalt in der Irrenfürsorge gegenüber den andern Anstalten überhaupt und auch in den Augen des Publikums schädlich sein würde. Dieser Übelstand wird durchaus vermieden, wenn die in den Thesen niedergelegten Vorschläge zur Durchführung gelangen. Es sollte ihnen daher durchaus zugestimmt werden.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kreuser-Winnental: Über die Dauer der Strafzeit hinaus darf meines Erachtens überhaupt kein Kranker in der Strafanstalt behalten werden.

Eine Verwerfung gesonderter Adnexe scheint mir ebenfalls zu weit zu gehen. Lokale Verhältnisse müssen unter Umständen entscheidend sein.

Die regionäre Verteilung kann, so wichtig sie im Prinzip ist, Schwierigkeiten bieten, wie z. B. in Württemberg, wo bekanntlich ein namhafter Teil der Irrenfürsorge Privatanstalten übertragen ist, die kriminelle Kranke nicht zugewiesen erhalten. Die Verdünnung der Kriminellen muß darunter notleiden besonders in Winnental, dessen Aufnahmebezirk die einzige Großstadt des Landes angehört. — Bemerkenswert ist die Forderung der beiden Referenten nach festen Einrichtungen. Sie stehen im Widerspruch mit der Entwicklung unserer Anstalten in den letzten Jahrzehnten, mit der freien Verpflegung, der zellenlosen Behandlung, der unterschiedlosen Unterbringung aller irgendwie schwierigen Kranken auf Wachabteilungen. Die Notwendigkeit solcher Einrichtungen ist zweifellos, zweifelhaft nur die Zweckmäßigkeit ihrer Anbringung an allen Anstalten. Je nach den Erfordernissen des einzelnen Landes kann sich auch die Zentralisierung an einer oder einzelnen Anstalten empfehlen.

Hinsichtlich der Minderwertigen ist weniger eine besondere Art der Behandlung erforderlich als zu betonen, daß die Berücksichtigung der Minderwertigkeit in der Regel nur zu kurzzeitigerer Bestrafung führt mit ihren erheblichen Nachteilen in sozialer Hinsicht.

Staiger-Hohenasperg: Die Erfahrungen, die man mit der Entlassung der geisteskranken Strafgefangenen aus der Irrenabteilung für Strafgefangene auf Hohenasperg gemacht hat, bestätigen die Richtigkeit der von dem Referenten betonten Gesichtspunkte.

Es sind aus Hohenasperg in den 3 ersten Jahren 18 Gefangene ungeheilt in die Irrenanstalten des Landes entlassen worden. Von diesen waren am 1. März d. J. 8 entlassen, 1 gestorben, 9 sind noch in den Irrenanstalten. Von diesen 9 ist mir nur 1 einziger als störend und unangenehm bezeichnet worden. Daraus ergibt sich, daß in der Irrenanstalt die psychotischen Erscheinungen der ehemaligen Gefangenen, die schon in der Irrenabteilung der Strafanstalt zurücktraten, weiterhin abblassen, und dann ergibt sich aus diesen Zahlen, daß diese Kranken in den Irrenanstalten sich gut halten und in der nicht kriminellen Umgebung ihre unangenehmen Eigenschaften in hohem Grade verlieren. Daher sind eigene Anstalten für geisteskranke Rechtbrecher zu verwerfen, diese gehören in die gewöhnlichen Irrenanstalten.

Hegar (Schlußwort): Der Einwand, daß man erst die Erfahrungen, die man mit den Adnexen für einen großen Aufnahmebezirk mache, abwarten solle, erscheint mir nicht begründet; man kann jetzt schon sagen daß dieselben sich auf die Dauer nicht bewähren werden. Es geht dies hervor aus der ganzen Geschichte der Unterbringung der kriminellen Kranken; mit Einrichtung dieser Adnexe tut man dasselbe, was man früher in einer Reihe von Bundesstaaten gemacht hat, nämlich, daß man


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alle störenden, gefährlichen, verbrecherischen Elemente einer Anstalt zugewiesen hat; es entwickelten sich dann in diesen Anstalten sehr unangenehme Verhältnisse; ein wesentlicher Nutzen für die übrigen Anstalten war es auch nicht, da infolge der rasch eintretenden Überfüllung die Versetzungen und Einweisungen in die Übernahmeanstalt bald ins Stocken kamen. Man kommt jetzt zum Glück von diesem Modus ab; warum soll derselbe aber in kleinerem Maße für die kriminellen Kranken wiederholt werden? Daß diese Form der Unterbringung nicht ausreichend ist, geht daraus hervor, daß jetzt schon nach wenigen Jahren die bestehenden Adnexe vergrößert, oder daß neue gebaut werden müssen.

Was die Ungleichwertigkeit der Aufnahmebezirke betrifft, so muß natürlich für die einzelnen Anstalten ein Ausgleich geschaffen werden.

Mein Vorschlag, gleich Pavillons für 60 Kranke zu bauen, erscheint zuerst etwas übertrieben, dürfte aber diese Eigenschaft wohl bei näherem Zusehen verlieren, ich habe dabei an die großen Anstalten gedacht, die, wie z. B. Emmendingen oder Wiesloch, schon Häuser von etwa 70 Kranken haben, so daß die festen Häuser sich ganz in den Rahmen einfügen würden. Ich muß immer wieder darauf hinweisen, daß diese Pavillons ja auch für andere Kranke zu dienen haben. Die richtige Verteilung der Kriminellen vorausgesetzt, halte ich es nicht für nötig, daß alle Teile dieses Hauses in so komplizierter Weise gesichert werden; eine solide und übersichtliche Bauweise kann viel ersetzen. Auf jeden Fall dürfen derartige Häuser nicht überfüllt werden; die guten Resultate der beiden Gefängnisadnexe Bruchsal und Hohenasperg dürften zum Teil wohl darauf zurückzuführen sein, daß reichlich Platz vorhanden ist, um zu separieren und reizbare und unverträgliche Kranke allein zu lassen.

Eine befriedigende allgemeine Lösung der ganzen Frage wird kaum möglich sein; der wesentliche Punkt wird immer die Fürsorge für die jugendlichen Minderwertigen sein, aus deren Reihen die geisteskranken Verbrecher heranwachsen.

Stengel (Schlußwort): Referent ist erfreut über die günstige Beurteilung, welche die Strafanstaltsadnexe von seiten der Versammlung erfahren haben.

Die in These 3 aufgestellte Forderung, daß die von ihrer Geisteskrankheit nicht geheilten Sträflinge spätestens mit Ablauf der Strafzeit aus dem Strafanstaltsadnex in die Irrenanstalt versetzt werden müssen, wurde trotz der in diesem Punkt bestehenden Übereinstimmung fast aller Psychiater nur deshalb nochmals betont, weil der Strafanstaltsadnex Waldheim die Kranken noch über das Strafende hinaus behält. Referent stimmt mit *Kreuser* darin überein, daß vielfach gegen die psychisch Minderwertigen eine zu niedrige Strafe verhängt werde; für die Minderwertigen ist aber nicht eine verminderte Strafe, sondern besondere Behandlung im Strafvollzug das einzig richtige. Er erinnert daran, daß von namhafter psychiatrischer Seite de lege ferenda der Vorschlag ge-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

macht wurde, das Strafmaß abzuschaffen, zweifelt aber an der Durchführbarkeit und praktischen Bewährung dieses Vorschlages.

Hoche-Freiburg i. B.: „Der Entwurf des badischen Irrengesetzes."

Der Vortragende skizziert kurz die gesetzliche Lage der Irrenfürsorge in Deutschland und die Entwicklung des in diesem Jahre dem badischen Landtage vorgelegten Entwurfs eines Irrengesetzes. Er begründet, warum es bei den zurzeit bestehenden Urteilen und Vorurteilen über alles, was mit dem Irrenwesen zusammenhängt, unter allen Umständen als höchst bedenklich zu gelten hat, überhaupt den Versuch einer gesetzlichen Regelung der Materie unter Mitwirkung von Parlamenten zu machen. Unter diesem Vorbehalt erkennt er an, daß der Entwurf eine Reihe brauchbarer Bestimmungen enthält. Vor allem ist es als ein Fortschritt zu begrüßen, daß der Entwurf nur die Aufnahme gegen den Willen der Kranken regeln will, somit den freiwilligen Eintritt in Irrenanstalten grundsätzlich zuläßt. Als durchaus verfehlt und praktisch gänzlich unbrauchbar muß die Bestimmung gelten, daß in dem Aufnahmeverfahren nur die Zeugnisse beamteter Ärzte Gültigkeit haben sollen. Schon der Oberrheinische Ärztetag sowie die badische Ärztekammer haben gegen diese gesetzliche Absicht energischen Einspruch erhoben, und es ist dringend zu wünschen, daß diese Bestimmung fällt, die nicht nur — was weniger wichtig ist — die Interessen der Ärzte schädigen, sondern für die Interessen der Kranken geradezu verhängnisvoll werden würde.

Vortragender beantragt die Annahme einer entsprechenden Resolution.

In der Diskussion stimmt *Nissl*-Heidelberg dem Vortragenden vollkommen zu.

Friedmann-Mannheim beantragt, in der Resolution auszusprechen, daß der Ausschluß der praktischen Ärzte bei der Einweisung von Kranken in Irrenanstalten nicht nur eine bedenkliche Erschwerung der Aufnahmen bedeute, sondern auch ein schweres Mißtrauensvotum für die praktischen Ärzte sei. Die Irrenanstalten sind Krankenhäuser, die Ärzte erhalten die Approbation für die gesamte Medizin einschließlich der Psychiatrie. Zum ersten Male wird damit gesagt, daß die Ärzte generell für ein großes Gebiet ihrer Wissenschaft keine gültigen Zeugnisse ausstellen dürfen oder können. Natürlich ist diese Kränkung der Ärzte nicht beabsichtigt, aber sie ist in dem Faktum an sich gelegen, und sie ist nicht nötig zur Sicherung der Kranken vor Freiheitsberaubung.

Ministerialdirektor Geheimer Rat Dr. *Glockner*-Karlsruhe bittet um die Erlaubnis, als Jurist zu dieser wesentlich juristischen Frage in dieser Versammlung das Wort ergreifen zu dürfen. Gegenüber den Ausführungen des letzten Herrn Vorredners sei mit Entschiedenheit zu betonen, daß die in Rede stehende Bestimmung des Entwurfs eines badischen Irrengesetzes sich keineswegs gegen die praktischen Ärzte richtet und durchaus


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht diese für unfähig erkläre, über die Notwendigkeit der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ein ärztliches Zeugnis auszustellen. Juristisch betrachtet enthalte eben die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt, wenn sie ohne oder gegen den Willen des Kranken erfolge, einen Eingriff in die persönliche Freiheit, und nachdem der verantwortliche Minister zu der — juristisch wohl zu begründenden — Auffassung gelangt war, daß dieser Eingriff in die Freiheit der Person nur auf Grund einer gesetzlichen Ermächtigung erfolgen dürfe, nicht auf Grund einer Verordnung, handelte es sich darum, in dem Gesetzentwurf das Verfahren zu ordnen für die behördliche Entschließung über die zwangweise Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt. Und wenn nun bei der Regelung dieses Verfahrens als der für die Beratung des Bezirksamts zuständige ärztliche Sachverständige der Bezirksarzt bezeichnet ist, so sei das keineswegs ein Mißtrauensvotum für die nicht beamteten Ärzte, und ebensowenig sei das etwas Neues, noch nicht Dagewesenes. Auch in andern Fällen, die sich bei Gerichten oder Verwaltungsbehörden abspielen, und die ein ärztliches Zeugnis erfordern, werde ja in der Regel für dieses Gutachten der beamtete Arzt in Anspruch genommen, und es sei ja gerade zu solchen Zwecken das Institut der beamteten Ärzte geschaffen worden.

Im übrigen wäre es vielleicht doch nicht so ganz überflüssig, wenn auch die aus andern deutschen Bundesstaaten hier anwesenden Psychiater ihre Ansicht mitteilen wollten, nachdem zwar die badischen Irrenärzte, wie Herr Professor *Nissl* bemerkte, zu dem Entwurf des Irrenfürsorgegesetzes schon wiederholt Stellung genommen haben, nicht aber, soweit bekannt, die Psychiater anderer deutscher Bundesstaaten.

Thomsen-Bonn: Die Erfahrungen mit den bestehenden Irrengesetzen vorzugsweise in Belgien, Holland und Frankreich lehren, daß die Aufnahme wesentlich erschwert und die natürliche ärztliche Entwicklung der Anstalten gehemmt wird. Eine irrengesetzliche Regelung der Aufnahme ist daher zweischneidig, da ein Irrengesetz schwerer zu ändern ist als eine Verordnung.

Die ausschließliche Berücksichtigung des Bezirksarztes zur Ausstellung des Aufnahmeattestes ist sicher nicht im Interesse der Kranken. Jeder Arzt soll das Attest ausstellen können, die Aufnahme unter allen Umständen erleichtert werden, der juristische Schutz der persönlichen Freiheit muß in der Qualität des Anstaltsleiters und der Überwachung der Anstalt durch die Behörde gefunden werden.

Kreuser-Winnental: Auch ich müßte es für einen Rückschritt halten, wenn die Krankenaufnahme nur auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses zulässig wäre, zumal nachdem eine Prüfung in der Psychiatrie Voraussetzung für die ärztliche Approbation geworden ist. In Württemberg haben wir es für einen wesentlichen Fortschritt gehalten, daß das


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

amtsärztliche Visum der von praktischen Ärzten ausgestellten ärztlichen Aufnahmezeugnisse vor einigen Jahren in Wegfall gekommen ist.

Wollenberg-Straßburg weist kurz auf die Verhältnisse in Hamburg hin, die ebenfalls gegen die Zweckmäßigkeit der in Baden aufgetauchten Vorschläge spricht. Die Psychiater Deutschlands hätten einen besonderen Grund, jetzt Front zu machen, da die badische Formulierung leicht zu einem Modell für Deutschland werden könnte. Er befürwortet deshalb eine Resolution im Sinne *Hoches* und beantragt, dieselbe dem Vorstande des deutschen Vereins für Psychiatrie offiziell zur Kenntnis zu bringen.

Hierauf wird auf Antrag *Hoches* folgende Resolution einstimmig angenommen:

„Die Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte verwirft grundsätzlich den Gedanken einer gesetzlichen Regelung des Aufnahmeverfahrens in Irrenanstalten und erblickt in der geplanten Ausschließung der praktischen Ärzte aus dem Aufnahmeverfahren eine für die Interessen der Kranken verhängnisvolle Maßregel."

Der Antrag *Wollenberg* wird gleichfalls einstimmig angenommen.

Hoche-Freiburg i. B.: „Zur Reform der Strafprozeßordnung."

Der vor kurzem veröffentlichte Entwurf der neuen Strafprozeßordnung läßt so gut wie alle wohl begründeten psychiatrischen Wünsche unberücksichtigt. Abgesehen von der Nichterfüllung einer Reihe kleinerer formeller Forderungen ist speziell die Sachlage in bezug auf die Vereidigung geistig abnormer Persönlichkeiten unverändert geblieben. Nach wie vor fehlt die gesetzlich festgelegte Sicherheit, daß den im Strafvollzug geistig Erkrankenden der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit angerechnet werden muß. Die Änderungen an dem Verfahren der Einweisung in Irrenanstalten zu Beobachtungszwecken im Strafverfahren, die von den Vätern des Entwurfs augenscheinlich für etwas besonders Gutes gelten werden, sind praktisch unbrauchbar. Sehr bedauerlich ist dabei die Grundtendenz des Mißtrauens gegen die Irrenanstalten, gänzlich unbrauchbar der Gedanke der Beobachtung in Häuslichkeit oder Gefängnis und ebenso unbrauchbar die Idee, daß ein außerhalb des Rahmens einer Anstalt stehender Sachverständiger in dieser Anstalt eine solche Beobachtung durchführen könnte. In Summa hat in den Bestimmungen des neuen Entwurfs wiederum einmal der formalistische juristische Geist den Sieg über vernünftige ärztliche Forderungen davongetragen.

Der Vortragende beantragt die Annahme einer entsprechenden Resolution, zieht seinen Antrag aber zurück auf eine Mitteilung *Kreusers*, daß sich eine Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie unter Zuziehung *Hoches* nächstens mit der Materie beschäftigen wird.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zum Schluß wird ein Antrag *Kreusers*, auch künftig die gedruckten Thesen der Referenten den Einladungen zu den Versammlungen beizufügen, ebenso wie ein Antrag *Nissls*, die Referate sollen die Dauer einer Stunde nicht überschreiten, einstimmig angenommen.

Schluß der Sitzung 6³/₄ Uhr.

2. Sitzung, 8. November, Vormittags 9¼ Uhr.

Vorsitzender *Nissl*-Heidelberg.

Nissl schlägt als Referatthema für 1909 Die Serodiagnostik oder die Melancholiefrage, bzw., da erstere auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie behandelt werden soll, die Melancholiefrage und als Referenten *Hoche*-Freiburg vor und frägt, ob die Versammlung damit einverstanden ist; die Versammlung stimmt zu, Herr *Hoche* nimmt die Wahl an. Als Ort der nächstjährigen Versammlung stehen Heilbronn-Weinsberg, Frankfurt, Karlsruhe und Mannheim in Vorschlag; nach einer längeren Debatte, an der sich *Nissl*, *Kemmler*, *Hoche* und *Friedmann* beteiligen, entscheidet sich die Versammlung für Heilbronn-Weinsberg.

Zu Geschäftsführern werden *Kemmler*-Weinsberg und *Levi*-Stuttgart gewählt, welche die Wahl annehmen.

Barbo-Pforzheim: Osteomalacie bei Geisteskranken.

Der Vortragende berichtet unter Bezugnahme auf den Vortrag des Herrn Dr. *Haberkant*-Stephansfeld vom Jahre 1905 über 4 Fälle von Osteomalacie bei weiblichen Geisteskranken der Gr. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim. An der Hand der kurzen Auszüge aus den Krankengeschichten und Sektionsprotokollen wird festgestellt, daß es sich um echte Osteomalacie (nicht etwa um Osteoporose) handelt, und zwar um die nicht-puerperale, bzw. in 3 Fällen um die senile Form derselben. Zwischen dem Auftreten der Psychose und der Osteomalacie liegen Zeiträume von 11, 32, 36 und 60 Jahren. Alle 4 Fälle betreffen Kranke, die an Dementia praecox litten; auffallenderweise sind alle Unterformen derselben (Hebephrenie, Katatonie, paranoide Demenz) vertreten, einschließlich Pfropfhebephrenie. Der Vortragende erörtert kurz die verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Osteomalacie und der Dementia praecox bzw. der angeborenen Schwachsinnsformen und kommt zu dem Schluß, daß weder hierüber noch über den ätiologischen Zusammenhang der Osteomalacie mit den von dieser bevorzugten Psychosen etwas Sicheres feststeht. Die vom Vortragenden berichteten 4 Fälle können für keine der verschiedenen Theorien entscheidend in die Wagschale fallen. Sie vermögen nur von neuem die Tatsache zu bestätigen, daß Dementia praecox und die psychischen Entwicklungshemmungen von der Osteomalacie bevorzugt werden. Durch seine Ausführungen wollte der Vortragende nur zur sorgfältigen Durchforschung des Materials der Irrenanstalten auf das Vorkommen der Knochenerweichung anregen und einen

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

kasuistischen Beitrag liefern zu dem Thema: „Geisteskrankheit und Osteomalacie".

Diskussion. — *Haberkant*-Stephansfeld verfügt über eine dritte Beobachtung von Osteomalacie bei Dementia praecox. Außer Exophthalmus, Gehstörung, beginnender Kyphose und einer in den letzten Jahren aufgetretenen Fettleibigkeit ist der Blutbefund bemerkenswert, der für Leukozytose spricht. *Haberkant* weist ferner auf die interessante Krankheitsgeschichte des Dramatikers Friedrich Hebbel hin, der vom 30. Lebensjahre ab an echter Osteomalacie gelitten hat, und dessen Geisteszustand Züge darbietet, wie sie bei Osteomalacischen häufig zu beobachten sind.

Homburger-Heidelberg hat 6 Jahre lang einen Fall von Spätosteomalacie in Verbindung mit Dementia praecox beobachtet, in dessen Verlaufe meist im Frühjahr und Herbst schwere Darmstörungen, profuse Diarrhöen mit schwerer Prostration auftraten. Diese Darmstörungen gingen mit Chvostek- und Trousseauschem Phänomen einher, so daß der Fall als Dementia praecox mit Osteomalacie und tetanischen Attacken aufzufassen ist. Auch in den Initialstadien der postpuerperalen Osteomalacie kommen psychische Störungen vor, die als „Charakterveränderungen" in die Erscheinung treten, Reizbarkeit mit unmotivierter Heiterkeit wechselnd, Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, Vernachlässigung der täglichen Pflichten, sonderbares Gebaren usw. Das Krankheitsbild hat eine gewisse Ähnlichkeit mit den bei andern Stoffwechselkrankheiten, Diabetes, Gicht, chronischer Nephritis, Morb. Basedow gelegentlich beobachteten Erscheinungen; sie scheinen vorübergehenden Charakters zu sein und dürfen wohl als Folge der mit den Initialstadien der Osteomalacie einhergehenden schweren Stoffwechselstörungen angesprochen werden.

Der Vortrag *Merzbacher*-Tübingen: „Weitere Mitteilungen über eine eigenartige hereditär familiäre Erkrankung des Zentralnervensystems" ist inzwischen in der „Medizinischen Klinik" Jahrgang IV, Nr. 51 (20. Dezember 1908) publiziert worden.

Diskussion. — *Nissl*: Auch auf experimentellem Wege gelingt es bei neugeborenen Kaninchen, anatomische Bilder zu schaffen, die den von *Merzbacher* beschriebenen in mancher Hinsicht gleichen.

Neumann-Karlsruhe: „Über psychogene Bulimie."

Außer den Formen von Bulimie bzw. Polyphagie, denen wir einmal bei Stoffwechselstörungen und organischen Hirnkrankheiten, ferner — als Parästhesie des Hungergefühls — bei gewissen Psychoneurosen begegnen, gibt es auch eine, wahrscheinlich davon wesensverschiedene, Form des Symptoms, die sich als psychogene Bulimie charakterisiert. Sie stellt sich entweder als primäre Anomalie des Gefühlslebens mit sekundärer Beteiligung der intellektuellen Sphäre dar oder aber als primäre Störung des Denkens, und zwar hier einmal als Defekterscheinung oder als der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausdruck einer Wahnbildung. Schließlich kann es sich um Anankasmus bzw. Impuls handeln.

Daß das Symptom im Vordergrunde des Krankheitsbildes einer Psychose steht und diesem seinen Stempel aufdrückt, ist selten. Vortragender skizziert zwei Fälle dieser Art. Im ersten Falle trug das Symptom den Charakter einer dominierenden Idee, im zweiten ganz den einer „Sucht" im Sinne der narkotischen Suchten. Aus seinen Fällen glaubt Vortragender den allgemeinen Schluß ziehen zu dürfen, daß das Vorkommen psychogener Bulimie bei funktionellen Psychosen auf das Bestehen einer erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution hinweist und in diesem Sinne auch prognostisch verwertet werden kann. Ferner scheinen die Fälle für das Bestehen eines gewissen engeren Zusammenhangs zwischen psychogener Bulimie und Masturbation zu sprechen.

(Ausführliche Mitteilung in der Medizinischen Klinik.)

Diskussion. — *Laudenheimer*-Alsbach hat eine Anzahl Fälle von Bulimie beobachtet, die so regelmäßig mit schwerer Masturbation einhergingen, daß er auf die Bulimie geradezu als diagnostisches Symptom für Onanie hinweisen möchte. Einen Parallelfall zum zweiten Fall *N.*s sah *L.* in einem jungen Dégénéré, der bis zu 30 Liter Wasser täglich trank, und bei dem die Polydipsie durchaus den Charakter einer „Sucht" trug. Durch Hypnose war dieser psychische Zwang günstig zu beeinflussen.

Kreuser-Winnental: Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine.

Wie schon auf dem internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien betont Vortragender, daß der Umfang und die Mannigfaltigkeit der an Geisteskranken zu erfüllenden Aufgaben eine Mitwirkung breiter Bevölkerungsschichten erfordere, besonders auch zur Hebung von sozialen und wirtschaftlichen Schädigungen durch psychische Erkrankungen. Die hierzu gegründeten Irrenhilfsvereine sind noch nicht allgemein genug verbreitet, ihre Wirksamkeit zu wenig bekannt; es fehlt ihnen an näherer Fühlung untereinander. Ihr Gedeihen kann einigermaßen als Gradmesser gelten für das Verständnis der Bevölkerung in Fragen des Irrenwesens. Zu weiterer Aufklärung des Publikums bieten sie die beste Gelegenheit durch Veranstaltung von Vorträgen und anderen Belehrungen. Ihre wichtigste praktische Aufgabe besteht in Erleichterung der Rückkehr ins bürgerliche Leben für die Rekonvaleszenten, sowie in der Linderung der aus psychischen Erkrankungen erwachsenen Notlage in den Familien. Um für die dabei erzielten Erfolge einen gewissen Maßstab zu gewinnen, werden die vom Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg gewährten Unterstützungen tabellarisch zusammengestellt nach ihrer Höhe und Häufigkeit, nach Krankheitsformen und nach dem Einfluß auf die späteren Lebensschicksale. Es ergibt sich daraus eine auch in klinischer


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hinsicht nicht uninteressante Katamnese. 15 % guter und 56 % befriedigender Erfolge stehen 29 % negativer Ergebnisse gegenüber. Auch bei chronisch Geistesgestörten konnte manche wirtschaftliche Existenz gerettet werden; die erforderlichen Mittel dazu waren mitunter nicht unerheblich.

Friedmann-Mannheim: Beitrag zur Lehre von den affektiven Psychosen des Kindesalters.

Es handelt sich hier nur um das „manisch-depressive Irresein" im Kindesalter, namentlich in der Zeit vor der Pubertät. Wie die Psychosen überhaupt, so sind gerade die echten affektiven Geistesstörungen im Kindesalter entschieden selten. Ihre Eigenschaften aber (schwächlicher Affekt und Armut an Vorstellungen oder umgekehrt Vorherrschen einer bestimmten, nicht depressiven, überwertigen Idee und von Halluzinationen) sind längst bekannt und neuerdings von *Ziehen* gut geschildert. Ungenügend bekannt ist dagegen die Prognose dieser Psychosen; der Anfall selbst heilt zwar in der Regel ohne Defekt, ob er aber stets nur, wie es wahrscheinlich ist, der Vorläufer der periodischen Seelenstörung im reifen Alter ist, und ob er nur bei besonders schwachen psychischen Konstitutionen vorkommt, ist noch nicht hinreichend festgestellt. Als einigermaßen neue Tatsache möchte nun *F.* auf Grund seiner persönlichen Erfahrung weiter betonen, daß speziell im früheren Kindesalter ganz milde und kurze affektive Psychosen häufiger zu beobachten sind, als die gewöhnlich beschriebene ausgeprägte schwerere Form.

Bei jenen milden Formen aber wird die Differentialdiagnose gegen die psychischen Erregtheitszustände bei nervösen und neuropathischen Kindern zu einer wichtigen und mitunter schwierigen Aufgabe. Als solche Zustände kommen in Betracht: erstlich das erethische Naturell intensiveren Grades. Es findet sich schon vom Säuglingsalter an bis etwa zum 7. Lebensjahre und ist offenbar früher wiederholt als maniakalische Psychose bei Säuglingen beschrieben worden. Die andauernde Unruhe mit ideenflüchtigem Vorstellungswechsel bei diesen Kindern setzt sich indessen jahrelang fort, und zwar bei bald guter, bald geminderter Intelligenz, und scheint sowohl in Genesung als in Schwachsinn zu enden. Zweitens kann der Schreck und ein starker Affekt eine sogenannte psychopathische Reaktion bei nervösen Kindern hervorrufen; diese kann zwar sehr mannigfaltige Symptomenbilder darbieten, z. B. Angstanfälle mit oft hartnäckigen sogenannten „Zwangshalluzinationen", phobieartige Willenshemmungen, Impulse zur Flucht und zur Vagabondage, endlich sogar Selbstmord bei Kindern; besonders aber ereignen sich auch psychische Störungen, welche den Charakter der ausgesprochenen andauernden Angst, der Melancholie oder aber der transitorischen Tobsucht zur Schau tragen. Fünf Fälle dieser Art werden kurz geschildert und bei den Zuständen von tobender Erregtheit hervorgehoben, daß sie Verwandtschaft zeigen zu


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

der früher sogenannten Chorea magna, und ferner, daß die Kinder, welche *F.* noch viele Jahre lang in den Augen behielt, späterhin geistesgesund geblieben sind.

In Vergleich dazu werden nun mehrere Fälle milder echter Psychosen gestellt.

1. 11 jähriger Knabe, lange Jahre sehr schwächlich, erblich belastet, wird mißhandelt durch andere Knaben, ist darauf 3 Wochen lang sehr still, apathisch, kann in der Schule nicht mehr mitarbeiten, hat Zucken im Gesicht, schläft schlecht. Gleich darauf 2 Wochen lang übermäßig heiter und lebhaft und dann wieder normal.

2. 12½ jähriges Mädchen, bisher normal, aufgeregt durch ernsten Streit zwischen den Eltern, wird plötzlich unruhig und ängstlich, nachts stumme Jaktation, am Tage sehr weinerlich, klammert sich immerfort an die Mutter (äußert immerfort, man solle es doch nicht allein lassen), sonst aber klar, indessen absolut untätig. Schon nach 2 Wochen ruhig und gleich darauf eine Reihe von Wochen hindurch abnorm gesprächig und heiter. Nach 2½ Jahren schwerer Rückfall, der zurzeit nach 4 Monaten noch nicht vorüber ist.

3. 14½ jähriger zarter junger Mann von mehr kindlichem Habitus. Schon als Ausläufer in der Fremde beschäftigt, übrigens geistig bisher normal. Vor 4 Monaten zum ersten Male gemütlich gedrückt und appetitlos 4—5 Wochen lang; jetzt neue Verstimmung, er ist schlaflos, müde, traurig, beherrscht von der Idee, er müsse einen vornehmen jungen Herrn, der ihn auf der Straße angeschaut hat, überall suchen, und er müsse alles tun, was dieser sage, z. B. zum Fenster hinausspringen. Sonst klar und folgsam. Nach 5 Wochen wieder gesund. Zwei Monate später erfolgt ein dritter Anfall mit gleichen Symptomen, der nach 3 Wochen wieder vorbei ist. Darnach vorläufig gesund. —

Die Psychosen unterscheiden sich also entweder durch ihren cyklothymischen Charakter (mit dem manischen Nachstadium) oder durch das Vorherrschen einer überwertigen Idee von den psychopathischen Reaktionen.

Gleich den milden und kurzen Formen der Melancholie kommen auch ebensolche primäre Manien vor, aber sie werden offenbar noch leichter bei Kindern übersehen und verkannt, so daß *F.* selbst nur über eine solche Beobachtung verfügt gegenüber drei schweren Manien bei älteren Kindern. Er fordert auf, mehr als bisher in der Anamnese des periodischen Irreseins nach solchen leichten Vorläufern im Kindesalter zu fahnden.

(Ausführliche Publikation erfolgt anderwärts.)

Pfersdorff-Straßburg: „Über eine Verlaufsart der Dementia praecox.“

Vortragender schildert auf Grund von Katamnesen den Verlauf einer Form der Dementia praecox; das akute Zustandsbild dieser Fälle



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist charakterisiert durch eine depressive Stimmungslage. Der Affekt ist nicht sehr stark entwickelt. Wir können zwei Arten der Affektäußerungen unterscheiden, die natürlich ineinander übergehen. 1. Die depressive Erregung, in der eine äußerst monotone, nur mäßig starke Affektäußerung zu beobachten ist, die sich leicht unterbrechen läßt; 2. anfallweise auftretende ängstliche Erregung. Bei der zweiten Gruppe pflegt in der Zwischenzeit eine ausgeprägte Stimmungslage zu fehlen, zum Teil wegen der gleichzeitig bestehenden motorischen Gebundenheit.

Das motorische Verhalten äußert sich entweder als monotone Erregung, als Unruhe oder es besteht die eben erwähnte Gebundenheit, ein ausgeprägter Negativismus fehlt.

Charakteristisch für diese Fälle ist, im akuten Stadium, das massenhafte Auftreten von Sinnestäuschungen, vorwiegend auf akustischem Gebiete; optische Sinnestäuschungen finden sich nur vereinzelt. Die akustischen Sinnestäuschungen stellen Stimmen beschimpfenden Inhalts dar, sehr häufig finden wir auch Gedankenlautwerden und Zwiesprache führende Stimmen, die zumeist in die Herzgegend lokalisiert werden; wichtig sind die vereinzelten, aber ziemlich lange persistierenden intestinalen Wahnideen. Hervorzuheben ist ferner die lebhafte depressive Eigenbeziehung bei geringem Affekt, es findet sich symbolische Deutung der Wahrnehmungen. Die Orientierung, insbesondere die zeitliche, ist im akuten Stadium dieser Fälle dauernd gestört. Die Reproduktion eingelernter Assoziationen ist nicht gestört, ebensowenig die Auffassung. Es bestehen depressive Wahnideen bei geringem Affekt und fehlenden Hemmungsvorgängen.

Der weitere Verlauf der Psychose stellt sich nun dar wie folgt: Die Gebundenheit oder die depressive Erregung läßt unter Schwankungen, die meist nach Tagen sich berechnen, allmählich nach, jedoch kehren die Angstanfälle noch ziemlich lange wieder. Die Remission ist ausgezeichnet durch eine indifferente Stimmungslage, welche die Kranken selbst als Gleichgültigkeit bezeichnen. Diese indifferente Stimmung schlägt sehr rasch in weinerliche Depression um. Zu unregelmäßigen Perioden treten spontan oder nach auslösenden Momenten längerdauernde Depressionszustände auf, die sich in ihrer Symptomatologie mit dem ersten Anfall decken. Auf intellektuellem Gebiet äußert sich der Defekt in einer geringen Herabsetzung des Rechenvermögens, in einer Erschwerung der Gedächtnisleistungen und in der Unfähigkeit, sich rasch zu „sammeln".

Weit wichtiger wie die eben erwähnten Defektsymptome ist der Nachlaß der psychischen Leistungsfähigkeit, welchem die Kranken mit voller Kritik gegenüberstehen. Die Kranken ermüden viel rascher als früher, können in ihrem Beruf, dessen Anforderungen sie qualitativ nach wie vor gewachsen sind, viel weniger Arbeitstunden leisten wie früher.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Laufe der Jahre nimmt diese gesteigerte Ermüdbarkeit zu, so daß die meisten Kranken völlig arbeitsunfähig werden, während die übrigen Defektsymptome sich nicht in demselben Maße vertiefen. Der intellektuelle Defekt pflegt überhaupt gering zu sein. Die Beobachtungszeit der Fälle betrug 5—10 Jahre.

Haymann-Freiburg i. B.: „Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung."

Zur Vermeidung des Bromismus werden seit Jahren in der Behandlung der Epilepsie an Stelle der alten Bromalkalien andere Bromverbindungen versucht. Davon sind viele, teils wegen zu geringen Bromgehaltes, teils wegen des unverhältnismäßig hohen Preises kaum mehr im Gebrauch. Unter den neueren Mitteln sind an der Freiburger psychiatrischen Klinik Versuche gemacht worden mit Bromipin, Neuronal, Bromglidine und Sabromin. Über das letztere wird eingehender berichtet. Auf Grund ausgedehnter Beobachtungen wird das Sabromin zur Epilepsiebehandlung empfohlen für alle die Fälle, in denen sich die Bromalkalien aus irgendeinem Grunde nicht eignen, ausgenommen augenblicklich zu bekämpfende Erregungszustände.

(Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der „Medizinischen Klinik".)

Mayer-Goddelau schlägt als weiteres Referatthema vor die wirtschaftliche Lage der Südwestdeutschen Psychiater namentlich in bezug auf die Forderungen der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Nissl gibt anheim, dieses Thema zum Gegenstand eines Vortrages zu machen, nachdem das Thema des Referates schon festgestellt ist.

Schluß der Sitzung 12 Uhr.

Nachmittags fand die Besichtigung der Irrenabteilung des Landesgefängnisses in Bruchsal unter der liebenswürdigen Führung des Herrn Kollegen *Stengel* statt.

Merzbacher-Tübingen. *Roemer*-Illenau.

---

82. ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 14. November 1908 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Aschaffenburg, Becker, Benning, Bernard, Beyer, Bodet, Braun, v. Ehrenwall, Fabricius, Flügge, Förster, Fuchs, Geller, Gerhartz, Gielen, Gudden, Heller, v. d. Helm, Herting, Herzfeld, Hübner, Hummelsheim, Kirch, Kölpin, Landerer, Liebmann, Lincke, Lückerath, Mörchen, Mohr, Oebeke, Orthmann, Pelman, Peretti, Pohl, Rademacher, Rieder, Rosenthal, Rusak, Schlegtendal, Schmitz, Siebert,*



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sioli, Staehly, Thomsen, Thywissen, Trapet, Umpfenbach, Voßschulte, Westphal, Wex, Weyert, Wilhelmy.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Hilbers, Voorburg, Holland,* Dr. *Müller*-Cöln-Lindenburg, Dr. *Schaefer*-Bonn, Dr. *Weingärtner*-Düren.

Der Vorsitzende begrüßt zunächst die Gäste und macht Mitteilung von dem am 25. Juni cr. erfolgten Tod von *Koch*-Zwiefalten und dem am 13. Juli cr. erfolgten Tod von *Ulrich*-Eberswalde.

Im Laufe des Sommers ist auch der Tag wiedergekehrt, wo *Jacobi* vor 50 Jahren gestorben ist. Der Verein nimmt dann Kenntnis von einem Dankschreiben von Geh. *Sander* gelegentlich der Beglückwünschung durch den Verein zu seinem siebzigsten Geburtstag. *Herting* berichtet über seine Erlebnisse als Vertreter des Vereins auf dem dritten Internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien, wofür die Anwesenden ihm ihren Dank aussprechen. Der Vorsitzende teilt dann noch mit, daß der deutsche Verein für Psychiatrie beschlossen hat, seine nächste Sitzung, im April 1909, in Cöln und in Bonn abzuhalten. Wegen Übersiedelung nach Berlin ist *Salomon*-Coblenz aus dem Verein ausgeschieden.

Durch Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Die Assistenzärzte der Prov.-Heilanstalt Düsseldorf-Grafenberg: Dr. *Großmann* und Dr. *Lincke*, und die Assistenzärzte der Prov.-Heilanstalt Merzig: Dr. *Brandt* und Dr. *Storck*.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Marx*, Geh. Medizinalrat, Bonn, Dr. Dr. *Danneh*l und *Stahl*, Ärzte der Prov.-Heilanstalt Johannesthal in Süchteln, Dr. Dr. *Linzbach* und *Weingärtner*, Ärzte der Prov.-Heilanstalt in Düren, Militäroberarzt Dr. *Hartwig*-Coblenz.

Es folgen die Vorträge:

Förster-Bonn stellt ein zehnjähriges Mädchen aus der Bonner Hilfsschule vor mit infantilem Myxödem, das von Kindheit an an einer abnormen Entwicklung des Panniculus adiposus leidet. Die Schilddrüse ist nicht zu palpieren. Der elektrische Widerstand der Haut ist wesentlich erhöht. Das Gesicht ist asymmetrisch, am linken Fuß finden sich sechs Zehen. Das Kind ist kleiner und dabei wesentlich schwerer als dem Alter entsprechend. Mit einer Thyreoidkur ist begonnen worden.

Westphal-Bonn: Über einen Fall von „amnestischer Aphasie", Agraphie und Apraxie nebst eigenartigen Störungen des Erkennens und Vorstellens im Anschluß an eine eklamptische Psychose (mit Krankenvorstellung[1]).

[1]) Dieser Fall ist bereits in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft vom 20. Juli 1908 von mir demonstriert worden. (Referat Deutsche mediz. Wochenschrift 1908 Nr. 53, Vereinsbericht S. 2326.)



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die vorgestellte 19jährige Patientin H. ist früher mit Ausnahme der Kinderkrankheiten stets gesund gewesen. Sie soll sich gut entwickelt, in der Schule vortrefflich gelernt haben, ihre Auffassungsfähigkeit und ihr Gedächtnis stets besonders gut gewesen sein.

In Stellungen als Verkäuferin, Buffetfräulein usw. ist sie mit Erfolg tätig gewesen. Am 7. Januar 1908 wurde Patientin entbunden. Gleich nach der Entbindung traten gehäufte eklamptische Anfälle auf mit drei Tage dauernder Bewußtlosigkeit. Der Urin war stark eiweißhaltig. Am vierten Tage entwickelte sich ein heftiger Erregungs- und Verwirrtheitszustand (Dämmerzustand?), der die Aufnahme in die Lindenburg erforderlich machte.

In der hiesigen Klinik ist sie seit dem 24. März 1908 in Behandlung. Körperlich ließen sich keine Störungen irgendwelcher Art nachweisen, der Befund am Nervensystem war ein durchaus negativer. Der Urin war dauernd eiweißfrei. Die akuten psychotischen Erscheinungen klangen hier allmählich ab, so daß bald eingehendere Untersuchungen der Patientin möglich waren. Es bestand völlige Amnesie für die Zeit der Entbindung, nur summarische Erinnerung für weiter zurückliegende Ereignisse. Zurzeit (November 1908) ist die Amnesie sowohl für die Entbindung, wie für die Schwangerschaft noch eine komplette, während die sonstigen Lücken der Erinnerung sich, wenn auch sehr langsam, mehr und mehr auszufüllen beginnen. Als auffallendste Erscheinung trat nach dem Verschwinden der Psychose bei völlig geordnetem Verhalten der Kranken ein zuerst fast vollständiger Verlust der Fähigkeit des Schreibens hervor. Die ersten Schreibproben zeigen fast nur unverständliche Striche und Schnörkel, nur vereinzelt waren Buchstaben zu erkennen. Durch methodische Schreibübungen, denen sich Patientin mit großem Fleiß unterzog, hat sich die Agraphie ganz allmählich zurückgebildet, so daß jetzt gröbere Störungen des Schreibens nicht mehr vorhanden sind. Interessant ist, daß besonders das Wiedererlernen einzelner Buchstaben wie z. B. des H große Schwierigkeiten machte, so daß das Schreiben des eigenen Namens (Hellbach) erst relativ spät möglich wurde. Auch bei dem Aufsagen des Alphabets wurden ganz konstant immer dieselben Buchstaben ausgelassen. Das Lesen war verhältnismäßig wenig durch „Verlesungen" beeinträchtigt.

Neben den agraphischen Störungen traten Erscheinungen „amnestischer Aphasie" von Anfang an sehr deutlich hervor. Völliges Versagen oder Gebrauch von Umschreibungen bei dem Versuch, die einfachsten Gegenstände des täglichen Lebens zu benennen. Ausgesprochenes Haftenbleiben, besonders auch an Fehlreaktionen. Mitunter Gebrauch paraphasischer Ausdrücke.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erscheinungen eigentlicher motorischer oder sensorischer Aphasie fehlten völlig, der Wortschatz der Patientin war trotz der amnestischen Defekte ein relativ reicher, das Nachsprechen ungestört, das Wortverständnis durchaus intakt.

Bemerkenswerterweise war aber nicht nur die Bezeichnung zahlreicher Gegenstände, sondern auch der Begriff vieler derselben verloren gegangen. Sie erkannte den Gebrauch, die Bedeutung derselben nicht, wenn man ihr den Namen nannte, vermochte auf Aufforderung dieselben unter einer Anzahl anderer Gegenstände nicht zu zeigen. Weder durch akustische noch durch optische oder taktile Reize (Anfassen, Berühren) wurde in vielen Fällen der Begriff des Gegenstandes bei der Patientin geweckt, obwohl das Wahrnehmungsvermögen auf optischem, akustischem und taktilem Gebiete völlig intakt war. So war ihr, um nur einige von zahlreichen Beispielen anzuführen, der Begriff von Eis und Schnee, von Feuer, von Donner und Blitz fremd geworden, sie wußte nicht, was ein Ei bedeutet, erkannte ein Hühnerei nicht als solches. In den Kuhstall der Anstalt geführt, hielt sie die Kühe für Pferde, bezeichnete die Hörner als Ohren; als man ihr erklärte, es seien doch Hörner, sagte sie, „ja Hörner zum Hören." Ebensowenig wie durch die Wahrnehmung konnten vom Begriff aus die verloren gegangenen Erinnerungsbilder geweckt werden. Das Vorstellungsvermögen für die verschiedensten Sinneseindrücke hatte hochgradig gelitten, so daß sie sich z. B. in keiner Weise vorstellen konnte, daß Hunde bellen, daß Eis kalt ist, daß ein Kanarienvogel gelb aussieht usw. Es war aber nicht nur der Begriff von konkreten Gegenständen, sondern auch der Begriff mancher abstrakten Dinge bei ihr verloren gegangen. Im ganzen war aber der Sinn abstrakter Begriffe (dankbar, undankbar, fromm, gottlos usw.) besser erhalten, als der konkreter Gegenstände. Neben diesen weitgehenden Störungen der Auffassung traten apraktische Störungen bei Aufforderungen, bestimmte einfache Bewegungen (Drohen, Winken, Schwören usw.) auszuführen, hervor. Es wurden von der Patientin, statt der zweckentsprechenden, falsche, mitunter auch sinnlose Bewegungen gemacht. Die Analyse dieser eigenartigen Störung des Handelns zeigte, daß es sich nicht um halbseitige motorische Apraxie handelte, sondern daß eine rein psychisch bedingte Störung vorlag. Es schien, als ob die Erinnerung an die Bewegungsbilder der Patientin verloren gegangen sei.

Diese agraphischen, amnestisch-aphasischen und apraktischen Störungen, sowie die besonders auffallenden Störungen des Erkennens und Vorstellens sind in ungemein zahl-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichen Einzeluntersuchungen während der Beobachtungszeit in der Klinik auf das eingehendste studiert und registriert worden. Was den Verlauf des Leidens anbetrifft, ist in der jetzt über halbjährigen Beobachtungszeit eine sehr langsam fortschreitende, aber deutliche Besserung dieser Störungen zu konstatieren. Daß die Agraphie fast völlig geschwunden ist, erwähnten wir bereits. Die amnestisch-aphasischen Störungen treten noch bei der Benennung ungewöhnlicher, wenig geübter Gegenstände deutlich hervor, während fast alle Dinge des täglichen Lebens und täglichen Gebrauchs, deren Bezeichnung in der ersten Zeit auch fehlte, richtig, wenn auch mitunter erst nach längerem Besinnen, benannt werden. Auch die apraktischen Störungen sind im Rückgang begriffen. Was die eigenartigen Störungen des Erkennens und Vorstellens betrifft, so sind diese von allen krankhaften Erscheinungen noch am deutlichsten vorhanden, wenn sich auch nachweisen läßt, daß auch hier die Übung heilsam gewirkt hat, insofern die Vorstellung mancher Dinge, die der Patientin sehr häufig, immer wieder, gezeigt und erklärt worden sind, allmählich wieder wach zu werden beginnt. Übungen mit Abbildungen verschiedenster Art waren hier weniger förderlich, als die Betrachtung der betreffenden Objekte selbst. Die Erkennung von fremden Tieren, wie Elefanten, Löwen usw., die der Patientin zahllose Male in Bilderbüchern gezeigt worden sind, ist noch unmöglich oder macht noch die größten Schwierigkeiten, während sie die Haustiere jetzt wieder erkennt, allerdings die Eigenschaften derselben noch sehr mangelhaft beschreibt.

Der Vortragende führt des näheren aus, daß die beobachteten krankhaften Erscheinungen durch psychische Störungen, unter denen Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit die wesentlichste Rolle spielen, bedingt sind. Patientin hat den Namen, den Sinn vieler konkreten Dinge, manche abstrakte Begriffe, das Bild der Buchstaben, vielleicht auch die zur Ausführung nötigen Handbewegungen vergessen. Auf die Bedeutung der psychischen Komponente der „Vergessenheit" beim Zustandekommen der Agraphie hat *Monakow* ausdrücklich hingewiesen. Unsere Patientin benimmt sich in vieler Hinsicht wie ein lernendes Kind, dem die elementarsten Begriffe noch fehlen, unterscheidet sich aber von dem normalen Kinde durch die weitgehenden Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Diese amnestischen Defekte gehen mit sehr erheblichen Störungen der Auffassung Hand in Hand. Da die Erinnerungsbilder vieler konkreten und mancher abstrakten Begriffe verloren gegangen sind, hat auch die Fähigkeit zu den einfachsten Vorstellungen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Kombinationen nach den verschiedensten Richtungen gelitten. Alle diese Erscheinungen werden in der Intensität ihrer Ausbildung durch den jeweiligen Allgemeinzustand der Kranken beeinflußt. Bei zunehmender Ermüdung werden sie meist deutlicher, um nach eingetretener Erholung wieder mehr zurückzutreten.

Eine besondere Betrachtung erfordern manche scheinbar gesucht unsinnige Antworten der Patientin, die mitunter an „Vorbeireden" erinnern. Bei den zweifellos bestehenden weitgehenden Defekten des Erkennens und Vorstellens bei unserer Kranken stößt die Analyse solcher Antworten im Einzelnen oft auf die größten Schwierigkeiten. Mir scheint die Ursache derselben keine einheitliche zu sein; unsinnige Verlegenheitsantworten, wie sie Kinder ja häufig geben, spielen u. a. wohl nicht selten bei diesen Fehlreaktionen eine Rolle. Mit dem „Vorbeireden" der Katatonie oder des hysterischen Dämmerzustandes haben diese Antworten bei Würdigung des gesamten Krankheitsbildes, in dem katatone und hysterische Symptome durchaus fehlen, nichts gemein. Recht schwierig ist bei dem bestehenden Symptomenkomplex die Beantwortung der Frage, ob eine dauernde Abnahme des geistigen Besitzstandes bei der Kranken stattgefunden hat. Ein sicheres Urteil hierüber läßt sich zurzeit nicht abgeben. Die Resultate aller Intelligenzprüfungen können bei der Eigenart der psychischen Ausfallserscheinungen nur mit großer Vorsicht verwendet werden. Es ist nach unseren Beobachtungen und dem bisherigen Verlauf der Krankheit indessen wahrscheinlich, daß es sich im wesentlichen um wieder ausgleichbare Störungen der Reproduktion (*Ziehen*)[1]) bei der Kranken handelt. Das eifrige, lernbegierige Verhalten der Patientin, welche die großen Lücken ihres geistigen Besitzstandes durch Üben und Lernen und, wie die wiedererlangte Fähigkeit des Schreibens zeigt, in erfolgreicher Weise auszufüllen bestrebt ist, die zunehmende Einsicht in das Krankhafte ihres Zustandes entspr cht nicht dem Verhalten bei eintretender Demenz. Der Vortragende weist auf manche Berührungspunkte dieses Falles mit einer von *Heilbronner*[2]) eingehend analysierten eklamptischen Psychose hin. Auch in dem vorliegenden Falle stehen Eklampsie und die ihr folgenden Störungen in naher ätiologischer Beziehung. Die Beobachtungen der nach epileptischen Anfällen auftretenden aphasischen und asymbolischen Störungen (*Raecke*, *Siemerling*, *Binswanger*, *Ziehen*, *Pick*, *Heilbronner* u. a.) tragen zum Verständnis dieser nach eklamptischen Anfällen auftretenden Symptomenkomplexe bei. Daß ähnliche Störungen des Erkennens und Vorstellens auch bei anderen akuten Psychosen vorkommen,

[1]) Die Prinzip en und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin 1908.

[2]) Studien über eine eklamptische Psychose. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. 17, Jahrg. 3.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt besonders eine interessante Beobachtung [1]) *Reichs* aus jüngster Zeit, bei der die Defekte im Benennen und Erkennen konkreter Gegenstände den von uns geschilderten Ausfallserscheinungen sehr ähnlich waren.

Die Kenntnis dieser und ähnlicher funktioneller, d. h. ohne gröbere anatomische Veränderungen verlaufender Krankheitsbilder mit zahlreichen, sonst bei organischen Erkrankungen des Gehirns beobachteten Symptomen ist praktisch und theoretisch wichtig, wie besonders der viel diskutierte *Grashey-Weygandt*sche Fall zeigt.

Durch die genaue Analyse derartiger Fälle werden unsere Kenntnisse der Psychologie der Vorstellungstätigkeit vertieft und erweitert werden.

Der Vortragende hat vor kurzem prägnante Fälle [2]) dieser Art nach Kopfverletzungen beobachten können, bei denen sich der enge Zusammenhang von aphasischen, agraphischen und anderen asymbolischen Symptomen mit ungemein mannigfachen somatischen und psychischen Erscheinungen der Hysterie und Neurasthenie, unter denen die mit der Erschöpfbarkeit des Nervensystems Hand in Hand gehenden Gedächtnisstörungen die Hauptrolle spielen, in besonders klarer Weise verfolgen ließ.

Mohr-Coblenz sprach über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Da Tuberkulose, Typhus und Ruhr die am häufigsten in Irrenanstalten vertretenen Infektionskrankheiten sind, beschränkte sich der Vortragende im wesentlichen auf sie. Betreffs der Häufigkeit der Tuberkulose ergab sich ihm aus der Statistik, daß die Tuberkulose in den Anstalten eine wesentlich häufigere Erkrankung ist, als in der freien Bevölkerung. Allerdings verfechten einige auch die gegenteilige Ansicht. Besonders groß ist die Tuberkulosemortalität in den Idiotenanstalten, auch ist die der geisteskranken Frauen größer als die der Männer. Von einem allgemeinen Rückgang der Tuberkulose in den Anstalten kann man nicht sprechen, doch hat ihre Bekämpfung im ganzen gute Früchte getragen. Besonders gefährdet sind die Melancholischen, die Erschöpfungspsychosen und die sehr chronisch verlaufenden und mit Verblödung einhergehenden Fälle. Als Ursachen für die stärkere Tuberkulosemortalität der Anstaltsinsassen kommen neben dem Anstaltsaufenthalt an sich (besonders bei Überfüllung) vielleicht die hereditären Beziehungen zwischen Tuberkulose und geistigen Erkrankungen, vor allem aber gewisse Eigentümlichkeiten der Geisteskrankheiten selbst in Betracht, z. B. Verdeckung der Tuberkulosesymptome

---

[1]) Asymbolie als Störung der Reproduktion. Ref. Neurol. Centralblatt 1908 Nr. 17, p. 839.

[2]) Diese Beobachtungen werden mit dem demonstrierten Falle zusammen ausführlich veröffentlicht werden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch die Psychosesymptome, Schwierigkeit der Untersuchung, häufiges Fehlen des Hustens, Unsauberkeit, wobei als besonders gefährlich das Kotschmieren bezeichnet werden muß, wegen der Häufigkeit der Darmtuberkulose mit ihren stark virulenten Bazillen. Betreffs des Typhus besprach der Vortragende vor allem einige neuere Tatsachen über Bazillenträger, die für die Anstalten von so besonderer Wichtigkeit sind, und erörterte die Frage, ob man mit der Annahme von Bazillenträgern alle Beobachtungen in den Anstalten vereinbaren könne. Dies wurde bejaht, wenn auch nicht zu leugnen ist, daß noch eine Anzahl von Tatsachen, z. B. das Erlöschen der Seuche in früheren Zeiten trotz ungenügender Desinfektion usw., durch die Bazillenträgertheorie nicht restlos erklärt werden kann. Die Ruhr streifte der Redner mit Rücksicht auf die ausführlichen Mitteilungen *Kruses* im Jahre 1906 nur kurz, ebenso Cholera und Influenza; von letzteren beiden wurden einige epidemiologisch interessante Fälle erwähnt. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den Anstalten muß sich an eine genaue Kenntnis der Eigentümlichkeiten und Verbreitungsweise der betreffenden Bakterienart anschließen. Die Prophylaxe der Tuberkulose, nach *Flügges* neuesten Untersuchungen beim Gesunden relativ einfach, macht beim Geisteskranken so viele Schwierigkeiten, daß eine Isolierung nötig ist. Aber angesichts der dagegen erhobenen Bedenken, die hauptsächlich die drohende Verschlechterung des psychischen Zustandes der Isolierten hervorheben, wäre eine Isolierung der tuberkulösen Geisteskranken in einem eigenen, nach Art eines Krankenhauses erbauten Pavillon, in den unter Umständen Kranke aus mehreren Anstalten gelegt werden könnten, erwünscht. Möglichst frühzeitige Diagnose der Tuberkulose, event. unter Heranziehung der neuen Methoden, regelmäßige Untersuchungen aller verdächtigen Fälle, detailliertere Fassung der auf Tuberkulose bezüglichen Fragen in den Fragebogen, Untersuchung des Pflegepersonals bei der Aufnahme, Einführung der obligatorischen Meldepflicht auch für Erkrankungen an Tuberkulose wären weitere Forderungen. Bei der Typhusbekämpfung gilt es vor allem, 1. gegen die Entstehung von Bazillenträgern und 2. gegen diese selbst anzugehen. Zur Erreichung des ersten Zieles langdauernde Schonung und eine Gallenblasenerkrankungen möglichst verhindernde Diät, event. Cholagoga, diätetische und physikalische Maßnahmen wie bei der Cholalithiasis; zur Unschädlichmachung der notorischen Bazillenträger wieder alle gegen Gallenblasenerkrankungen empfohlenen Maßnahmen. Vortragender schlägt, da Urotropin allein ebensowenig dauernde Erfolge gebracht hat, wie getrocknete Galle bzw. gallensaure Salze allein, eine Kombination dieser Cholagoga mit dem Urotropin vor. Solange indes noch nicht kausal gegen die Bazillenträger angegangen werden kann, käme nur die Isolierung und die Operation in Frage (unter Einhaltung besonderer Vorsichtsmaßregeln wäre allerdings vielleicht auch durch einfachere Maßnahmen etwas zu erreichen, z. B.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei nicht geordneten Kranken tägliche Ausräumung des Darmes). Die Isolierung hat dieselben Bedenken gegen sich, die oben bei der Tuberkulose schon erwähnt wurden, und ein ganzes Haus für Typhusbazillenträger, wie in Bunzlau, einzurichten, wird wohl für die meisten Anstalten nicht möglich sein. Ein operatives Vorgehen will der Vortragende, solange noch nicht mit absoluter Sicherheit die Gallenblase als der ausschließliche Aufenthaltsort der Bazillen bei Bazillenträgern nachgewiesen ist, zurzeit auf die Fälle mit schweren und offenkundigen Gallenblasenleiden beschränkt wissen (wie ja auch *Förster*).

Was die von *Grimme* u. a. angeschnittene Frage der auf Verlangen der Angehörigen erfolgenden Entlassung von geistig noch nicht ganz gesunden oder dauernd geisteskranken Bazillenträgern betrifft, so vertritt der Vortragende die Ansicht, daß in einem solchen Falle die Heimatbehörde von dem Bestehen von Bazillenausscheidungen zu benachrichtigen ist.

Die prophylaktische Impfung gegen Typhus ist in einigen Anstalten (z. B. in Richmond) mit Erfolg ausgeführt worden.

Als allgemeine Forderungen wurden zum Schlusse noch aufgestellt: Vermeidung der Überfüllung, ein gut gebautes Isoliergebäude, das zugleich zur Heranbildung geschulter Desinfektoren dienen könnte, mindestens ein bakteriologisch geschulter Arzt an jeder Anstalt (in den Anstalten bietet sich oft Gelegenheit, in geradezu experimentell klarer Weise wichtige Fragen der Bakteriologie und Epidemiologie zu lösen!) und endlich größere Einheitlichkeit in der Abfassung der Anstaltsberichte, soweit sie die Infektionskrankheiten betreffen.

Diskussion. — *Schlegtendal*: Man darf wohl annehmen, daß das Leben in der geschlossenen Anstalt auf den Körper in dem Sinne einwirkt, daß er leichter an übertragbaren Krankheiten erkrankt, als dies bei den Menschen der Fall ist, die in der Bewegung und Betätigung im Freien ganz unbeschränkt sind. Die in dem Anstaltsleben liegende Hemmung dürfte die Empfänglichkeit für ansteckende Keime in höherem Grade beeinflussen, als der Herr Vortragende dies zu bewerten scheint. Das Referat war im übrigen, namentlich auch durch die Vollständigkeit und durch das maßvolle Urteil, ausgezeichnet.

Landerer bemerkt, daß es noch gar nicht entschieden ist, ob die Bazillen nur in der Gallenblase stecken. Man solle zunächst den Versuch noch fortsetzen und sehen, ob man nicht bei den Bazillenträgern auf medikamentösem Wege weiterkommt. In Andernach sind zurzeit drei Typhus- und ein Paratyphusbazillenträger in Behandlung. Ein vollständiger Erfolg steht freilich noch aus, doch ist eine gewisse Besserung wenigstens teilweise zu konstatieren. Die Aussichten scheinen bei den Typhusbazillenträgern besser als bei Paratyphus, was man ja auch anderwärts bereits beobachtet hat. Die Paratyphusbazillenträger sind überhaupt gefährlicher.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Peretti möchte glauben, daß in den rheinischen Anstalten Tuberkulose verhältnismäßig seltener vorkommt, auch seltener als in der übrigen Bevölkerung des Rheinlandes. Daß im Verhältnis mehr chronisch Geisteskranke an Tuberkulose sterben, liegt daran, daß die akuten Geisteskrankheiten mehr die Anstalt wieder verlassen. Besondere Anstalten oder Häuser für tuberkulöse Geisteskranke hält er nicht für nötig. Ob nicht die Überfüllung der Anstalten zur Vermehrung der Tuberkulose beiträgt? Auch die jetzt gegen früher mehr gepflegte Bettbehandlung scheint nicht ganz ohne Einfluß auf die Statistik zu sein. — Die Bazillenträger zu isolieren, bzw. besondere Abteilungen für dieselben zu errichten, wird schwer sein; dann müßte man schon verschiedene Abteilungen haben, je nach der Art der Geisteskrankheit. Was die Entlassung der Bazillenträger anbetrifft, so wird ein Psychiater nur dann einen Bazillenträger in der Anstalt zurückbehalten können, wenn er es aus psychiatrisch-ärztlichen Gründen für nötig hält.

Rusak verspricht sich am meisten von der Prophylaxe und hält es daher für absolut nötig, daß das Wartepersonal mehr geschult wird, mehr unterwiesen wird in der Ätiologie der Infektionskrankheiten und in der Desinfektion, damit das Personal lernt, worauf es ankommt, wie eine Ansteckung geschieht u. dergl. Er glaubt auch nicht, daß die Irrenanstalten berechtigt sind, geistig gesunde Bazillenträger wider ihren Willen in der Anstalt zurückzuhalten, das Gesetz bietet jedenfalls dafür keine Handhabe.

Oebeke ist derselben Meinung; man ist ja auch nicht berechtigt, Pfleger oder Pflegerinnen, die sich als Bazillenträger entpuppt haben, festzuhalten.

Mohr glaubt auch nicht, daß der Anstaltsaufenthalt allein die Höhe der Tuberkulosenzahl bedingt; er ist nur eine der Ursachen. Auch er hat die Beobachtung gemacht, daß die Paratyphusbazillen hartnäckiger sind. *Mohr* glaubt auch, daß die rheinischen Anstalten in betreff Tuberkulose noch relativ günstig stehen. Der Bettbehandlung steht auch er etwas zweifelhaft gegenüber. Er erwähnt dann noch das Vorkommnis in der Anstalt Saargemünd, wo ein Bazillenträger isoliert wurde, ans Kotschmieren kam, und wo dann, anscheinend durch die Stiefel des Pflegers, eine neue Epidemie zum Ausbruch kam. Die Bazillenträger als solche kann man nicht in der Irrenanstalt zurückhalten, wenn der geistige Zustand es nicht mehr erlaubt. Schwieriger würde die Frage sein, wenn es sich darum handelt, daß Angehörige einen geistig noch nicht genesenen Bazillenträger aus der Anstalt herausholen wollen.

Sioli-Bonn: Histologische Befunde bei Dementia praecox.

Vortragender hat in München unter *Alzheimer* und in Bonn 20 Fälle von Dementia praecox histologisch untersucht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: In allen Fällen hat ein Zerfall von Nervengewebe in allen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Teilen des Großhirns stattgefunden, der sich anzeigt: 1. in einer allgemeinen Erkrankung von Ganglienzellen, stets mit auffallender Vermehrung des scharlachfärbbaren Fettkörpers in ihnen und mit Atrophie und völligem Verschwinden einzelner, so daß leichteste Grade von Schichtstörung in manchen Fällen sehr deutlich werden, 2. in auffallender Bildung von kernfreien Zonen um Gefäße, die in einigen Fällen von Zerfallsmassen erfüllt sind, während in anderen Fällen das wabige Aussehen dieser Zonen anzeigt, daß auch hier früher Zerfallsmassen lagen; im Auftreten von Abbauprodukten (Protagonoidstoffen und scharlachfärbbaren Lipoidkörpern, teils pigment-imprägniert, teils pigmentfrei) im Gewebe und besonders in den adventitiellen Gefäßscheiden, von wo sie durch die Gefäßwand durchtreten. Gefäße und Pia sind frei von Infiltration und entzündlichen Erscheinungen. Es fällt auf, daß in schweren Fällen, wo mit *Nissl*- und Scharlachfärbung keine intakte Ganglienzelle vorhanden ist, nach der *Bielschowsky*schen Methode eine ganze Anzahl von Zellen mit offenbar ungestörtem Fibrillenbilde darstellbar sind. Die Glia beteiligt sich lebhaft an dem Prozeß durch Vermehrung ihrer Zellen um Gefäße und Ganglienzellen, durch pathologische Faserbildung in der I. Rindenschicht, der tiefen Rinde und dem Mark, durch Vergröberung ihres Protoplasmas und in einigen Fällen durch Umwandlung in amöboide Glia im Mark. Letztere Fälle sind es, die in ihren kernfreien Zonen reichlich Zerfallsprodukte führen, sie scheinen akuten Krankheitsschüben offenbar unter katatonen Symptomen zu entsprechen. (Der Vortrag erscheint ausführlich in den *Nissl*schen Arbeiten.)

M. Weyert-Cöln-Lindenburg: Schädeltrauma und Gehirnverletzung.

Redner berichtet zuerst über drei selbstbeobachtete Fälle von Gehirnverletzungen infolge Trauma unter Anschluß des Sektionsbefundes. Allen drei Fällen gemeinsam war das Fehlen wesentlicher äußerer Verletzungen, sowohl der Weichteile als auch der Schädelkapsel. Seitens des Zentralnervensystems bestanden nur geringe Veränderungen. Von den Symptomen des Hirndruckes fand sich regelmäßig Benommenheit; nur in einem Falle bestand Pulsverlangsamung, in keinem Erbrechen oder Stauungspapille. Stets handelte es sich um Gehirne, deren Widerstandskraft durch chronischen Alkoholismus herabgesetzt war. In zwei Fällen konnte bei Lebzeiten die richtige Diagnose gestellt werden, nur in einem Falle wurde die Gehirnverletzung annähernd lokalisiert.

Redner bespricht sodann die psychischen Störungen nach Kopftrauma an der Hand der *Krafft-Ebing*schen Einteilung. Nach Ausschaltung der progressiven Paralyse als Folge eines Traumas bespricht er ausführlicher die Dementia posttraumatica, und zwar sowohl in anatomischer als auch klinischer Beziehung.

Zum Schluß widerlegt er auf Grund der drei Fälle die Ansicht, daß


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man eine Proportion zwischen der Schwere eines Traumas und den Folgezuständen aufstellen könne.

Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht.

Schlegtendal macht auf die Wichtigkeit der Beobachtungen des Vortragenden aufmerksam. Oft treten erst einige Tage nach einem an sich leichten Schädeltrauma die ersten Symptome einer Hirnläsion auf, und dann folgt sehr rasch der Tod.

Pelman betont den Nutzen derartiger Beobachtungen für die gerichtliche Medizin.

Prof. Dr. *Aschaffenburg*-Cöln: Ärztliche Sachverständigentätigkeit und die preußische Gebührenordnung.

Vortragender weist darauf hin, daß die uns nach § 84 StrPO. zustehenden Gebühren geradezu standesunwürdig niedrig sind. Er führt Beispiele an, wo die Entlohnung einer Arbeitsstunde bei der Ausarbeitung eines Gutachtens unter 50, ja gelegentlich sogar unter 10 Pf. gesunken war, zeigt, daß Kurpfuscher als Sachverständige besser bezahlt werden als die Ärzte, daß bei der Berechnung der Reisen geradezu groteske Anforderungen an den Arzt gestellt, und daß neuerdings auch die Vorbesuche beanstandet werden. Kaum jemals ist es Vortragendem, der aus prinzipiellen Gründen überall da Beschwerde einlegte, wo es ihm möglich erschien, gelungen, die nach der Gebührenordnung ihm zustehenden Gebühren zu erlangen. Er macht weiter darauf aufmerksam, daß sogar in Juristenkreisen vielfach unbekannt ist, wie schlecht die Sachverständigen bezahlt werden, so schlecht, daß im allgemeinen die häufige Inanspruchnahme als Sachverständiger eine ernste Schädigung der Existenz bedeuten kann. Unter diesen Umständen glaubt A., daß es an der Zeit sei, sich gegen diese unwürdige Behandlung der medizinischen Sachverständigen (die Verhältnisse der Chemiker und anderer Sachverständiger sind dagegen geradezu glänzend) zu wehren, zumal der Entwurf der neuen Gebührenordnung zwar einige kleine Verbesserungen bringt, im großen ganzen aber nur verschlechtert. (Der Vortrag ist ausführlich im Zentralblatt für Nervenheilkunde erschienen.)

Hübner-Bonn hat den angekündigten Vortrag über Dementia praecox zurückgezogen. *Umpfenbach.*

---

93. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 12. Dezember 1908 zu Breslau.

Anwesend die Herren: *Berthel*-Rybnik, *Bonhoeffer*, *Chotzen*-Breslau, *Dinter*-Brieg, *Eicke*-Pöpelwitz, *Förster*, *Freund*-Breslau, *Fuchs*-Kreuzburg, *Hahn*, *Haupt*, *Hauschild*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Jessen*-Freiburg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kieserling*-Lublinitz, *Kleudgen*-Obernigk, *Kramer*-Breslau,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Kunowski-Leubus, *Kutner*-Breslau, *Lehmann*-Freiburg, *Linke*-Lüben, *Löwenstein*-Obernigk, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*, *Noehte*-Breslau, *Petersen*-Brieg, *Peterssen-Borstell*-Plagwitz, *Przewodnik*-Leubus, *Rixen*-Breslau, *Rother*-Brieg, *H. Sachs*, *Schlesinger*, *Schröder*-Breslau, *Schubert*-Kreuzburg, *v. Schuckmann*, *Simon*-Lüben, *Stertz*-Breslau, *Vix*-Breslau, *Zander*-Rybnik, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zuber*-Leubus.

Die Herren Stabsarzt Dr. *Haupt*-Breslau und Dr. *Rixen*, dirig. Arzt der Beobachtungsstation für geisteskranke Verbrecher an der Kgl. Strafanstalt zu Breslau werden als Mitglieder in den Verein aufgenommen.

Vor Eintritt in die wissenschaftliche Tagesordnung erhält das Wort Herr *Neisser*-Bunzlau Zum Falle Lubecki:

„Meine Herren! Der Vorstand unserer Gesellschaft hat es für geboten erachtet, eine Angelegenheit hier zur Erwähnung zu bringen, welche vor kurzem die Öffentlichkeit in hohem Maße erregt hat, und bei welcher der Betrieb einer unserer vornehmsten Anstalten und die Ehrenhaftigkeit und der Ruf ihres Leiters und seiner ärztlichen Mitarbeiter zum Gegenstande einer gerichtlichen Beurteilung gemacht worden sind: ich meine den Prozeß Lubecki, wie er kurz genannt werden mag. Sie alle kennen aus den Tagesblättern im wesentlichen den Sachverhalt: Ein nicht geheilter und darum für die Krankhaftigkeit seines Zustandes uneinsichtiger Patient hat einen Redakteur gefunden, welcher den Fall angeblicher Freiheitsberaubung in sensationeller Weise zur Darstellung brachte und mit den gehässigsten persönlichen Spitzen und Verunglimpfungen ausschmückte, die sich auf die Beziehungen der Ärzte zueinander und insbesondere auf die Behandlung des Kranken in der Anstalt erstreckten, so daß die Beleidigungsklage von der vorgesetzten Behörde veranlaßt wurde. In der Verhandlung selbst hat, wie der stenographische Bericht bekundet, der Angeklagte den Standpunkt eingenommen, daß lediglich die Besserung vermeintlich reformbedürftiger Einrichtungen, nicht die Herabsetzung der in Frage kommenden Persönlichkeiten sein Ziel gewesen sei. Die Verurteilung des Angeklagten zu einer empfindlichen Freiheitsstrafe hat dargetan, wie der Gerichtshof diese Behauptungen bewertet hat. Damit ist den Beleidigten formell Genüge geschehen.

Aber, meine Herren, Ihr Vorstand glaubte, daß in diesem Kreise von Fachgenossen, bei dem ersten Zusammentreten unseres Vereins, es am Platze sei, auch unsererseits Stellung zu nehmen, ja, daß dies die angegriffene Anstalt, ihr Leiter, ihre Ärzte, deren Ruf in den Schmutz gezogen worden, von uns zu erwarten ein Recht haben. Während der Tage der Verhandlung selbst und bei dem Mangel anderer Unterlagen, als der durch die Tagesberichterstatter öffentlich gelieferten, war Zurückhaltung geboten. Bald danach hat unser Vorsitzender, Prof. *Bonhoeffer*, in der gelesensten und einflußreichsten politischen Zeitung Schlesiens sich bemüht, dem Urteile des Publikums die richtigen Wege zu weisen, und des weiteren hat Kollege *Sachs* in einer Besprechung aufklärend zu wirken gesucht.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meine Herren! So dankenswert und notwendig solche Belehrungen der Öffentlichkeit sind, so ist doch wohl niemand unter uns Optimist genug, um davon eine tiefgreifende Wirkung oder gar einen baldigen Wandel der Anschauungen zu erhoffen. In den Köpfen der Menge spukt nach wie vor das Gespenst der Zwangsjacke und der Tobzelle, und Gruselgeschichten von der Art, daß ein Patient ohne Kleidung in einen verschlossenen abgelegenen Raum gesteckt wird, wenn Revision kommt, werden auf leichtgläubige Gemüter immer wieder Eindruck machen. Mit dieser Tatsache müssen wir uns nun einmal abfinden, so beklagenswert dieselbe im Interesse unserer Kranken mehr noch als von uns Ärzten ist, so beklagenswert sie namentlich auch für die Tausende von Angehörigen ist, denen das Vertrauen zur Anstalt und ihren Ärzten der einzige Trost im Unglück ist. In dieser Hinsicht ist in diesem Kreise von Fachgenossen etwas Neues zu sagen nicht möglich, und der Fall Lubecki liegt so klar und seine Beurteilung ist von allen maßgebenden Stellen so einmütig erfolgt, daß ich es für ganz und gar zwecklos halten würde, hierüber in eine Diskussion einzutreten.

Das, was uns hier bewegt, und weshalb ich das Wort ergriffen habe, ist etwas anderes: es ist das tiefe Bedauern, daß gerade eine Anstalt, welche in der Geschichte unserer deutschen Irrenpflege eine so prominente Stellung einnimmt, und der namentlich für die Ausgestaltung und Durchführung der modernen Krankenbehandlung eine anerkannte Bedeutung zukommt, daß gerade die Anstalt Leubus mit ihrer mehr als 80jährigen rühmlichen Tradition die Zielscheibe der Angriffe und der Herabsetzung in der öffentlichen Meinung gewesen ist, und mehr noch bewegt es uns, daß der Mann, der fast ein Vierteljahrhundert die Anstalt geleitet und in unermüdlicher treuer Arbeit zu dem gemacht hat, was sie heute ist, nunmehr öffentlich am Pranger stehen mußte im Kampf für seine und der Anstalt Ehre! Es bewegt uns, daß dem hochverehrten Herrn diese schweren und schmerzlichen Eindrücke nicht erspart geblieben sind, daß selbst vor einer Persönlichkeit wie der seinigen die Skrupellosigkeit des Angriffs nicht Halt gemacht hat.

Meine Herren! Nicht wenige sind unter uns, die es sich zur Ehre rechnen, unter Leitung von Herrn Geheimrat *Alter* gearbeitet zu haben, und ich, der ich den besonderen Vorzug genossen habe, ganze 16 Jahre in täglicher naher Berührung mit ihm zu stehen als Arzt der Leubuser Anstalt, und der ich deshalb Zeugnis abzulegen das Recht beanspruchen darf, weiß mich eins mit Ihnen allen in der Hochschätzung seiner charaktervollen, geraden und festen Persönlichkeit, die uns immer als die Verkörperung galt für korrekte Dienstauffassung und strenge Pflichterfüllung, ganz besonders aber als ein Vorbild des humanen Arztes, dem das Wohl seiner Kranken die oberste Richtschnur seines Handelns und wahrhafte Herzenssache ist. So kennen und verehren wir ihn, und in diesem Sinne hat er alle geleitet, auf welche er Einfluß nahm.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber nicht nur einzelne unter uns, nein, unser ganzer Verein hat ihm zu danken, denn er hat ihn begründen helfen und ist einer der wenigen aus jener Zeit, welche uns erhalten und seinen Interessen dauernd treu geblieben sind. Und deshalb darf ich Sie, meine Herren, im Namen des Vorstandes bitten, Herrn Geheimrat *Alter* Ihre Sympathie und besondere Schätzung zu bekunden, indem Sie ihn zum Ehrenmitgliede des Vereins ernennen. Wenn wir damit Ihren Sinn getroffen haben, so bitte ich Sie, sich zum Zeichen dessen von Ihren Plätzen zu erheben."

Der Vorsitzende, Herr *Bonhoeffer*: „Ich stelle einstimmige Annahme des Antrages fest und bitte um die Erlaubnis, Herrn Geheimrat *Alter* telegraphisch in Kenntnis zu setzen."

Vorträge: — Herr *Klieneberger*-Breslau: **Über protrahierte Alkoholhalluzinosen.**

Nach Besprechung der Symptomatologie der akuten Alkoholhalluzinose Demonstration dreier Fälle, die durch ihren protrahierten Verlauf, ihr relativ hohes Alter sowie durch eine Reihe anderer Eigentümlichkeiten von der üblichen Form abweichen.

1. H. H., 39 Jahre alt, Töpfer. Ein Bruder Epileptiker. Selbst stets gesund. Beim Militär Gehirnerschütterung. Seit der Militärzeit mäßiger Potus, in den letzten Jahren stärker. Vor zwei Jahren erkrankte H. im Anschluß an eine zweitägige Arreststrafe zum ersten Male an einer akuten Halluzinose. Sie wurde eingeleitet durch einen nächtlichen deliranten Zustand. Bald hörte er massenhaft Stimmen, die ihn beschimpften und verhöhnten. Zugleich bestand ein nicht sehr starkes Angstgefühl. Die deliranten Erlebnisse verschwanden schnell; die Gehörstäuschungen hielten etwa 14 Tage an. H. gab uns an, er habe nur anfangs an die Wirklichkeit der Phoneme geglaubt, sehr bald aber volle Einsicht dafür gewonnen; die Gesichtstäuschungen habe er gleich als solche erkannt. Er blieb dann gesund bis Ende September oder Anfang Oktober d. J. Die neue Erkrankung begann mit ängstlicher Unruhe, schlechtem Schlafe und dem Gefühl, als ob etwas über die Haut weglaufe. Eines Tages hörte er beim Lesen, wie eine Stimme gleichsam über seine Schulter alles mitlas. Damit war eine Steigerung der Angst verbunden, obwohl er sofort dachte, daß es die gleiche Krankheit wie früher sei. In den folgenden Tagen häuften sich die Stimmen. Zunächst waren es einzelne Worte, dann hörte er ganze Unterhaltungen, die über ihn geführt wurden, Beschimpfungen und Bedrohungen. Die Angst war mitunter außerordentlich stark: der Kranke suchte wiederholt durch Fortlaufen den Stimmen zu entgehen, einmal irrte er eine ganze Nacht in den Straßen umher. Bei der Aufnahme in die Klinik (4. November) fand sich universeller Tremor und Druckempfindlichkeit der Muskulatur. Die Gehörstäuschungen ließen sich willkürlich hervorrufen. *Liepmann* positiv. Es bestanden ferner Sensationen. Die Orientierung war vollkommen erhalten. Es bestand gute Krankheits-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einsicht. Weder Beziehungs- noch Erklärungsideen waren nachweisbar. Die Angst ließ schnell nach. Die Stimmen wurden allmählich leiser und undeutlicher. Zuerst schlief H. fast gar nicht, in der dritten Nacht schlief er gut und erwachte am nächsten Morgen frei von allen Gehörstäuschungen. Er blieb dann gesund; nur klagte er noch einmal vorübergehend über ein dumpfes Gefühl im Kopfe und über ein verworrenes Geräusch wie von Flüsterstimmen beim Einschlafen. Am 3. Dezember erfolgte die Entlassung. H. fing sofort wieder an zu trinken. Nach drei bis vier Tagen stellten sich Unruhe, Angst, Zittern und Schlaflosigkeit wieder ein. Bei der Demonstration waren auch Gehörstäuschungen nachweisbar.

2. P. M., 40 J. alt, Arbeiter, früher Bierbrauer. Starker Potus. Viel rheumatische und neuritische Beschwerden. Seit Anfang Januar 1908 im Anschluß an einen Unglücksfall in der Familie verändert: saß untätig herum, hörte nicht, wenn man ihn rief, weinte, wenn er allein war. Zugleich stellten sich ganz allmählich zunehmend Gehörstäuschungen ein, die vollkommen denen entsprachen, die wir bei der akuten Halluzinose der Trinker zu sehen gewohnt sind. Dieser Zustand hielt etwa $^3/_4$ Jahre an. Die andern Sinnesgebiete waren nicht beteiligt. Eigenbeziehungen bestanden nicht. Die Merkfähigkeit war nicht gestört; die Orientierung, die Klarheit des Bewußtseins war immer vorhanden. Subjektive Klagen außer schlechtem Schlafe und Appetitlosigkeit bestanden nicht. Der Kranke empfand die Stimmen von vornherein als etwas Fremdes, von außen Kommendes. Kurze Zeit bestand die Neigung, sie zu erklären. Dann stellte sich bald ziemlich plötzlich gute Krankheitseinsicht ein. Den Stimmen stand M. geichgültig gegenüber; er dachte, wie sie gekommen, werden sie wohl auch wieder gehen. Er hat nur zuweilen und auch dann auffallend wenig Angst gehabt. Die Stimmung war meist ärgerlich gereizt. Körperlich fanden sich Zeichen des chronischen Alkoholismus: starker allgemeiner Tremor, vermehrte Schweißabsonderung, Druckempfindlichkeit der Muskulatur und größeren Nervenstämme, die längere Zeit anhielt, während das Zittern und Schwitzen am zweiten Tage nach der Aufnahme (8. Oktober) bereits geschwunden waren. Die Halluzinationen blaßten allmählich ab; sie waren vom vierten Tage an ganz verschwunden. (Der Kranke war zur Demonstration nicht erschienen; es konnte daher über ihn nur berichtet werden.)

3. K. R., 62 J. alt, Töpfer. Mäßiger Potus, in den letzten Jahren mehr. Seit etwa zwei Jahren Nachlassen der Arbeitskraft; zugleich Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Neigung zu Systematisierung. Seit Anfang 1908 Zunahme der Beziehungsideen und Auftreten von Gehörshalluzinationen: zunächst Flüstern, dann Geräusche wie Kettenklirren, Militärmusik sowie Fluchworte, Bedrohungen, Sätze und Gespräche, in denen R. verspottet wurde. Für diese Halluzinationen zeigte der Kranke Einsicht; er hatte oft Angst, machte keine Erklärungsversuche. Der Zustand hielt etwa sieben Monate an; am 3. Juli 1908 erfolgte die Auf-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahme in die Klinik. R. lag anfangs mit ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck zu Bett und schlief die ersten Nächte schlecht. In diesen Nächten machte es ihm Bilder vor: er sah große Tiere, Löwen, die durch das Fenster hereinsahen, die sich bewegten und, wenn er auf sie zuging, verschwanden; sah Ritter mit langen Stangen und großen Bärten und gab an, auch zu Hause solche beängstigende Erscheinungen gesehen zu haben. Die Gesichtshalluzinationen bestanden nur die ersten Nächte. Die Gehörstäuschungen hielten noch zwei bis drei Wochen nach der Aufnahme an; sie verblaßten allmählich; schließlich war es dem Kranken nur noch, als ob er dauernd regnen höre. Vorübergehend glaubte er einmal, daß die Phoneme durch einen Automat erzeugt würden, bekam aber dann auch hierfür wie für die Gesichtstäuschungen volle Krankheitseinsicht. Die Angst verschwand ganz. Halluzinationen sind nicht mehr aufgetreten. An den Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen hält R. fest und zeigt ein eigentümlich maniriertes Wesen.

Bei dem letzten Kranken handelt es sich zweifellos um eine chronische senile oder spätkatatonische Psychose. Innerhalb dieses chronischen Krankheitsbildes läßt sich aber eine mehr akute Phase unterscheiden, die im Anschluß an längeren und stärkeren Alkoholmißbrauch ziemlich plötzlich mit Gehörstäuschungen einsetzte, ähnlich denen, die wir bei der akuten Halluzinose der Trinker antreffen, mit erhaltener Orientierung und voller Besonnenheit, eine Phase, in die sich nächtliche Visionen mischten, und die allmählich mit guter Krankheitseinsicht abgeklungen ist. Wir dürfen hier ungezwungen eine Kombination zweier Erkrankungen annehmen, von denen die eine eine ungewöhnlich verlaufene protrahierte Alkoholhalluzinose darstellt. Auch bei dem ersten Kranken müssen wir mit einer Kombination rechnen, insofern als ein Bruder Epileptiker ist, er selbst eine Gehirnerschütterung erlitten hat. An der Auffassung seiner Erkrankung als akuter Halluzinose ist nicht zu zweifeln. Die gute Orientierung und Besonnenheit schließt das Delirium tremens aus. Eine paranoische Psychose kommt bei dem Fehlen aller paranoischen Symptome nicht in Betracht. Eigenartig ist die Erkrankung durch das Fehlen jedes Beziehungswahns, jeder Systematisierung und durch die gute Einsicht während des Verlaufs. Daß diese Einsicht von vornherein und dauernd bestanden hat, ist unwahrscheinlich. Schon der Umstand, daß sich der Kranke den Stimmen durch Fortlaufen zu entziehen suchte, daß er eine ganze Nacht umherirrte, spricht für ihren zeitweise desorientierenden Charakter. Der zweite Kranke bot das Bild einer ungewöhnlich reinen Halluzinose. Das Delirium tremens kam differentialdiagnostisch nicht in Betracht, da einerseits delirante Erscheinungen nicht vorhanden waren, andererseits die lange Dauer der Erkrankung, die gute Orientierung, Merkfähigkeit und Besonnenheit keinen Zweifel aufkommen ließen. Eine progrediente Psychose konnte wie bei dem ersten Kranken angesichts des Fehlens jeder Wahnbildung, Eigenbeziehung und Persönlichkeits-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

veränderung ausgeschlossen werden. Auffallend ist außer der langen Dauer der Erkrankung noch der exquisit chronische Beginn und die relative Gleichgültigkeit gegenüber den Halluzinationen, die sich vor allem durch das Fehlen jeder Angst dokumentierte. Alle diese Momente weisen auf einen mehr chronischen Prozeß hin, und wir haben daher vielleicht ein gewisses Recht, die Erkrankung als chronische Halluzinose anzusprechen. Wir können dies um so eher, da wir annehmen dürfen, daß es sich jetzt nicht um eine vollständige Heilung, sondern nur um eine Remission handelt. Hierfür spricht auch der Umstand, daß der Kranke sich in den letzten Wochen nicht mehr in unserer Poliklinik vorgestellt hat und trotz klingender Versprechungen nicht zur Demonstration erschienen ist. Auch in den beiden andern Fällen kann die Angst, im allgemeinen wenigstens, nicht sehr groß gewesen sein, da die Erkrankung sich wochenlang hinzog, ohne daß die Angst den Kranken zum Arzte trieb oder irgendwie wesentlich beeinflußte. Hierin unterscheiden sich unsere Fälle von den in der Literatur bisher mitgeteilten. Während sonst der Alkoholhalluzinant im ersten Beginn seiner Erkrankung zum Arzte kommt, hat sich in unseren Fällen die Halluzinose zum größten Teil außerhalb der Klinik abgespielt. Dieser Umstand legt es uns nicht nur nahe, einen Schluß auf die äußere Besonnenheit unserer Kranken zu ziehen: er ermächtigt uns vielmehr auch, namentlich im Hinblick auf das ungewöhnlich schnelle Abklingen aller Krankheitssymptome in der Klinik, den protrahierten Verlauf der dauernden Alkoholzufuhr zur Last zu legen.

Herr P. *Schröder*-Breslau: Anatomische Befunde bei einigen Fällen von akuten Psychosen.

Vortr. demonstriert histologische Präparate von sechs Fällen. Bei den drei ersten handelte es sich um rasch tödlich verlaufende symptomatische Psychosen bei fieberhaften Erkrankungen.

1. (Schi.) 19jähr. kräftiges, bis dahin gesundes Mädchen; erkrankte akut eines Nachts mit einem ekstatischen Erregungszustand im Beginn der zweiten Woche eines bis dahin nicht erkannten Typhus; im Krankenhaus bot sie von Anfang an das Bild eines negativistischen Stupors, so daß an eine Katatonie gedacht wurde, dazwischen delirante Züge. In der Klinik (zwei Tage später) anfangs mehr katatonisches Zustandsbild mit deliranten Beimengungen und leichter Benommenheit, dann mehr delirantes Bild mit vielen katatonischen Zügen. Dabei Febris continua mit Temperaturen bis zu 41,3°. Tod am fünften Tage nach Beginn. Sektion: Typhusgeschwüre entsprechend dem Ende der zweiten Woche.

2. (Ko.). 43jähr. Frau. Stets nervös und schon öfter delirante Zustände im Anschluß an Aufregungen und körperliche Erkrankungen. Am 1. März 1908 Schüttelfrost, Pneumonie. Hat von Anfang an hin und wieder „phantasiert", verkannte Personen, war ängstlich, äußerte ge-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

legentlich Giftfurcht oder roch Gas, sah Gestalten, drängte plötzlich fort. Am 9. März in die Klinik. Hier bald mehr negativistisch, widerstrebend, steif, bald mehr ausgesprochen delirant; Fieber bis über 40°. Exitus am 13. März 1908. Sektion: Pneumonie, Bronchitis.

3. (Re.) 28jähr. Mädchen. Seit einem halben Jahre in der Klinik wegen einer eigenartigen degenerativen Psychose mit manisch-depressiven Schwankungen. Körperlicher Infantilismus. Seit Ende August 1908 Fieber. Typhus. Während des Fieberanstieges und der Febris continua dauernd klar, besonnen, orientiert. Vier Tage vor dem Tode, als das Fieber bereits begann abzufallen, zunehmende Augenmuskelstörungen, sodann Erschwerung des Schluckens, Verwaschenheit der Sprache und delirante Symptome. Sektion (20. September 1908): zahlreiche in Abheilung begriffene typhöse Geschwüre, schlaffes Herz.

Bei allen dreien waren makroskopisch am Gehirn gröbere Veränderungen nicht zu finden (bei keinem Arteriosklerose). Der histologische Befund wies weitgehende Übereinstimmung auf.

Die Ganglienzellen der ganzen Rinde ließen in allen Fällen *Nissls* „akute" Zellerkrankung erkennen, aber lokal verschieden schwer und verschieden weit fortgeschritten, stellenweise bis zur Bildung von Zellschatten (blasse matte Gebilde ohne Kern). Solcher Gebilde lagen gewöhnlich mehrere in kleinen Häufchen beisammen; bei schwacher Vergrößerung erschienen auf dem *Nissl*-Bilde diese Stellen als umschriebene kleine Lücken in der sonst normal geschichteten Rinde. Sie fanden sich besonders zahlreich in den oberen Schichten des Cortex. In der vorderen Zentralwindung eines Falles waren sämtliche Nervenzellen der beiden untersten Schichten auffallend blaß gegenüber den (auch „akut" veränderten) Elementen der oberen Schichten. Die beschriebenen Zellausfälle waren besonders zahlreich bei 2 und namentlich bei 3. Bei 3 ließen sich herdförmige Veränderungen (etwa Blutungen) in der Medulla oblongata nicht finden, die einzelnen Kerne der Oblongata zeigten bezüglich ihrer Nervenzellen ein sehr verschiedenes Verhalten, aber stets wiesen alle Elemente des gleichen Nervenkerns die gleichen histologischen Veränderungen auf.

Am gliösen Apparat der Rinde ließ sich auf *Nissl*-Präparaten feststellen: Vermehrung der Gliakerne in allen Fällen, und zwar wieder erheblich bei 2 und 3, geringer bei 1. Die Vermehrung ist diffus, betrifft aber ganz vorzugsweise a) die Trabantzellen an der Basis der Ganglienzellen; statt der üblichen 1—2 finden sich vielfach 6—8 und mehr; die Vermehrung ist am ausgesprochensten gewöhnlich in strichförmigen radiären Zonen durch die ganze Höhe der Rinde, sie betrifft dann alle Schichten, ist aber stets am auffallendsten in der Tiefe (namentlich um die weit auseinanderliegenden untersten Elemente), die auch schon normaliter mehr Trabantzellen aufweist. Beziehungen zwischen Zahl der Trabantzellen und Schwere der akuten Nervenzellveränderung (Schatten-


Digitized by Google


UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bildung) sind nicht zu erkennen. Erheblich vermehrt sind b) die Gliakerne in der nächsten Umgebung der Kapillaren und kleinen Gefäße; sie liegen meist in einer Reihe längs der Gefäßwand „aufmarschiert" (*Nissl*); in Fall 2 fanden sie sich hier und da auch in Gestalt etwas dickerer unregelmäßiger Zellmäntel; ihre Unterscheidung von nichtgliösen Elementen (weißen Blutkörperchen) macht auf dem *Nissl*-Präparat keine Schwierigkeit. Ihrer Form nach sind es bei 1 ganz vorwiegend kleine dunkle runde Kerne (ohne Erscheinungen regressiver Veränderung), bei 3 und namentlich bei 2 überwiegen etwas größere, blasse, oft ganz helle Formen mit einem kernkörperchenartigen Gebilde; Kernteilungsfiguren sind sehr selten.

An den Gefäßen lassen die Endothelien an den meisten Stellen gute Struktur erkennen, an anderen Stellen sind die Kerne groß, blaß und unregelmäßig konturiert. Veränderungen wie bei Arteriosklerose finden sich nicht (Verdickung der Elastica, unregelmäßige Konturierung der Kapillarwände, stärkere Lichtbrechung der Endothelschläuche, pigmentöse Entartung der Endothelzelleiber, Verödung der Muskularis). Dagegen läßt sich mancherlei Pathologisches in der nächsten Umgebung der feinen und der gröberen Gefäße feststellen. Dahin gehört 1. die bereits erwähnte Vermehrung der perivaskulären Gliakerne im Nervengewebe, 2. Ansammlung von reichlichen Mengen sog. Pigmentes in der Adventitia: kleine runde Körnchen und Tröpfchen, welche auf dem *Nissl*-Präparat grünlich-gelben Farbton haben und mit *Marchi* sich bräunlich bis schwarz färben; sie liegen zu einem Teil frei im adventitiellen Gewebe und im Lymphraum, zum größeren aber im Leibe der Adventitialzellen und um deren Kern herum; oft ist der Zelleib dick vollgepfropft mit solchen Körnchen, oft sieht man nur ein oder wenige Körnchen in ihm; die Zellelemente bewahren dabei ihre bekannte spindelförmige Gestalt und bleiben der Muskularis bezw. dem Endothelschlauch eng angelagert. Nur vereinzelt, und dann meist in kleinen Gruppen um gröbere Gefäße herum, finden sich daneben 3. freie, runde, mit kleinen und gröberen „Pigment"-Brocken angefüllte Zellen mit schrumpeligem Kern, welche die Bezeichnung Körnchenzellen verdienen. 4. Ganz vereinzelt in Fall 2 und 3 kleine Ansammlungen von freien Zellen, welche nur als Lymphozyten aufgefaßt werden können, und zwar nur um einige wenige gröbere Gefäße, nirgends um Kapillaren; keine Plasmazellen. Schließlich 5. bei 2 eine nicht unbedeutende Zahl von stets isoliert liegenden *Ehrlich*schen Mastzellen.

Auf *Marchi*-Präparaten (von 1 und 3) diffuse Vermehrung der kleinen bräunlichen und schwarzen Kügelchen im Gewebe (*Elzholz*sche Körperchen), keine groben Brocken und Schollen (wie beispielweise bei sekundären Degenerationen); keine strangförmigen Degenerationen, keine Herde auf den untersuchten Stücken.

Vortr. hebt die große Übereinstimmung der Befunde mit denen von *Binswanger* und *Berger*, von *Sander*, von *Alzheimer* (Gruppe 2) u. A.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei ähnlichen Fällen hervor; er betont, daß die wohl charakterisierten und in solchen Fällen oft ausführlich beschriebenen Veränderungen der Ganglienzellen für die Deutung der psychischen Störungen ante mortem bei dem heutigen Stande unseres Wissens nicht verwertet werden können. Wichtiger in dieser Hinsicht ist der Nachweis von umschriebenen Zellausfällen bzw. von Veränderungen, welche über das Bild der einfachen „akuten" Zellerkrankung *Nissls* hinausgehen (Zellschatten). Verfettung von Ganglienzellen hat Vortragender nie nachweisen können; was (auf Grund von Befunden an *Marchi*-Präparaten) von manchen Autoren als Fett im Ganglienzellprotoplasma angesprochen worden ist, ist wahrscheinlich in der Mehrzahl der Fälle nur das normale Alterspigment der Nervenzellen, das sich stets mit Osmiumsäure bräunt oder schwärzt. Die zahlreichen Körnchen in der Adventitia sind nicht hämatogenen Ursprunges, dürfen deshalb auch nicht als Hinweise für die hämorrhagisch-enzephalitische Natur der den Veränderungen zugrunde liegenden Prozesse gedeutet werden, sondern sind Abbauprodukte im Sinne *Alzheimers*, die aus dem Gewebe stammen und im Lymphstrom fortgeschafft werden.

Das Gesamtbild der nachweisbaren histopathologischen Veränderungen in solchen Fällen von symptomatischen Psychosen bei schweren fieberhaften Erkrankungen hat zwei Hauptkomponenten: akute Schädigung (Degeneration) der funktionierenden nervösen Substanz und reaktive Wucherung des gliösen Stützapparates vorzugsweise in der nächsten Umgebung der Ganglienzellen und der Gefäße; genau den gleichen, davon nicht zu unterscheidenden Befund ergeben Präparate von Alkoholdeliranten, nur pflegen in der Regel gleichzeitig stärkere Veränderungen an den Gefäßrohren im Sinne der Arteriosklerose (Folge des voraufgegangenen chronischen Abusus) vorhanden zu sein. Von allgemeinem Interesse ist, daß eine solche nicht unbeträchtliche Vermehrung der perivaskulären Gliakerne und der Trabantzellen das Resultat einer relativ kurzdauernden Schädigung ist, ohne daß dabei die sonst von akuten Prozessen her bekannten stark progressiven Veränderungen am Gliaprotoplasma zur Beobachtung kommen.

Die gefundenen Veränderungen als Ausdruck einer Encephalitis acuta (*Binswanger* und *Berger*) oder einer hämorrhagischen Enzephalitis (*Cramer*) aufzufassen, liegt nach Ansicht des Vortragenden ausreichende Veranlassung nicht vor. Leukozyten konnten außerhalb der Gefäße niemals gefunden werden und Lymphozyten nur ganz vereinzelt um ein oder das andere große Gefäß. Was als zellige Exsudate gedeutet werden könnte und wahrscheinlich von anderen Autoren in gleichen Fällen gedeutet worden ist, sind die Kerne von vermehrten fixen Gewebszellen der Glia und insbesondere gliöse Trabantzellen und perivaskuläre Gliaelemente. Geeignete Färbungen lassen das ohne weiteres erkennen. —

Die folgenden drei Fälle betreffen psychische Erkrankungen im Verlauf einer perniziösen Anämie, einer Sinusthrombose und einer Urämie.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. (Kr.) 46 jährige Frau. Stets nervös, nichts Manisch-depressives. Schwächlich, seit einem Jahr immer elender und blasser. Seit acht Wochen psychisch verändert: sprach viel, kam von einem ins andere, erzählte von reichen Verwandten, von einer Erbschaft, wollte große Einkäufe, große Reisen machen; dazwischen wahnhafte Befürchtungen. Seit zehn Tagen Verschlimmerung: schlief fast gar nicht, anspruchsvoll, eigensinnig, schimpfte und gestikulierte viel; dabei immer orientiert, keine Halluzinationen. Bei Aufnahme in die Klinik (5. Februar 1908) gehobene Stimmung, lebhafte Mimik, Rededrang, aber gedankenarm und weitschweifig; renommiert, Mangel an Zurückhaltung; attent. Daneben auch flüchtige Beeinträchtigungsideen. Körperlich: Extreme Blässe, hinfällig, 36 kg Gewicht; Puls beschleunigt, klein. Hämoglobin (*Sahli*) 30 %, 600 000 Erythrozyten (darunter Poikilozyten). Blutungen in der Gegend der Macula lutea. Keine Paresen, Reflexe o. B. — Etwa vom 7. Tage ab (5 Tage ante finem) allmählich zunehmende Schwerbesinnlichkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, schlechtere Orientierung, rasche Ermüdbarkeit. Häufiger Wechsel von Gereiztheit mit vielem Schimpfen und stärkerer Erschöpfung. Dann verworrene Fabulationen, Neigung zum Perseverieren, Verkennungen, verwaschene Sprache, zunehmende Benommenheit. In den letzten Tagen diffuse Schwäche der Extremitäten ohne Prädilektionstypus, Andeutungen von Ataxie, Störungen in der Lokalisation und in den Bewegungsempfindungen. Temperatur normal, nur einmal an einem Tage 38,1 °. Tod am 17. Februar 1908.

Autopsie: Alle Organe stark anämisch, fettige Degeneration des Herzens, Lungenödem; kleine alte tuberkulöse Narbe in der linken Lungenspitze (nichts Frisches). Gehirn: Zarte Pachymeningitis haem. int. Pia diffus getrübt, ödematös und erheblich fibrös verdickt. Gefäße vollkommen zart. (Diagnose: primäre perniziöse A n ä m i e.)

Histologischer Befund: Im Rückenmark typische „anämische Herde" (*Lichtheim*, *Nonne*), beschränkt auf die Hinterstränge. In der Hirnrinde 1. diffuse Veränderungen: Nervenzellen lassen gute Zeichnung erkennen, aber „rarefiziert" (*Nissl*), kein erkennbarer Ausfall von Nervenzellen. Gliakerne diffus etwas vermehrt, am stärksten auf den untersuchten Stücken aus den Zentralwindungen; besonders deutlich im zellfreien Rindensaum und im Mark, ferner ziemlich allgemein um die Gefäße und um die Ganglienzellen; ihr Charakter leicht progressiv. Pia ziemlich allgemein verdickt, aber lokal verschieden; Verdickung rein fibrös, keine Infiltrate. Gefäße nichts Arteriosklerotisches, stellenweise reichliches „Pigment" in den Adventitialzellen. Auf *Marchi*-Präparaten nur diffuse deutliche Vermehrung der *Elzholz*schen Körperchen. Im Gehirn 2. zahlreiche kleine Herdchen, jedoch von ganz anderem Charakter wie die anämischen Herde des Rückenmarkes; am zahlreichsten in den Stücken aus den Zentralwindungen, einige auch in der Med. oblong., im Rückenmark keine zu finden. Sie liegen ausschließlich in den Markleisten (tiefes


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mark nicht untersucht), niemals im Rindengrau. Sie erreichen höchstens die Größe eines Immersionsgesichtsfeldes, viele sind kleiner. Am deutlichsten präsentieren sie sich auf dem *Nissl*-Präparat und erscheinen als kleine runde Ringwälle von Zellen mit einem hellen ungefärbten kernfreien Zentrum, in dessen Mitte fast stets ein kapillares Gefäß zu finden ist. Die Elemente des Ringwalles sind Gliazellen, welche kleine tiefdunkle schrumpelige Kerne und höchstens Andeutungen von Leibern haben. Auf *van Gieson*-Präparaten bleibt das Zentrum hell oder nimmt leuchtend hellrote bis tiefdunkelrote Farbe an und erscheint faserig-verfilzt oder mehr körnig-krümelig. Die *Weigert-Pal*sche Methode färbt das Zentrum tiefdunkel, durch *Marchi*sche Lösung wird es nicht geschwärzt.

5. (Ri.) 20 jährige Fabrikarbeiterin. Seit 13. Oktober 1907 psychisch verändert, unlustig, unruhig, vorübergehend auch verwirrt. Am 19. Oktober Geburt eines ausgetragenen Kindes; weiß nachher nichts vom Partus, verwirrt, ängstlich, drängt fort. Am 20. Oktober in die Klinik. Hier in den ersten vier Tagen wechselnde, aber meist starke Benommenheit; dazu Unruhe, und zwar zeitweise mehr motorischen, zeitweise ausgesprochen deliranten Charakters. In den folgenden Tagen im Vordergrunde negativistische Symptome: steife Haltung, abgehobener Kopf, starres Gesicht, aufeinandergepreßte Kiefer, gleichmäßiger Widerstand gegen passive Bewegungen, völliger Mutazismus. Während der ersten Woche unregelmäßiges Fieber, gelegentlich bis über 39°; dabei Organbefund völlig negativ, Spinalflüssigkeit o. B., Blut steril, neurologisch o. B. In der Folgezeit subfebrile Temperaturen, nur vom 6. bis 11. November bis über 40°, auch wieder ohne nachweisbaren Grund. Im übrigen dasselbe katatonische Zustandsbild mit Schwankungen in der Intensität und mit gelegentlichen deliranten Beimengungen. Am 24. November plötzlicher Exitus letalis. — Autopsie: Frische Lungenembolie, frische Endocarditis verrucosa mitralis. Pia zart, Hirnwindungen abgeplattet; T h r o m b o s e des S i n u s longitudinalis sup., beider Sin. transv. und sigm., beider Sin. petros. und occipital.; der Thrombus reicht rechts bis ins For. jugulare, links hängt er weit in die Vena jugul. hinein. Die Sin. cavernosi sind frei. Der älteste, am festesten organisierte Teil des Thrombus findet sich im hinteren Abschnitt des Sin. long. sup.

Histologischer Befund: Von den Venen der Rinde, welche in der Nähe der Mantelkante in den Sin. long. sup. einstrahlen, sind nur einige kurze Stämme thrombosiert, und auch diese nicht völlig verlegt; dagegen zeigen die Venenwände der oberen Rindenschichten an vielen Orten sehr lebhafte progressive Veränderungen (Wucherung des Endothels). Keinerlei an Arteriosklerose erinnernde Gefäßveränderungen. Nirgends Herde, Erweichungen, Blutungen; keine Nervenzellausfälle, keine groben Unregelmäßigkeiten im Schichtenbau der Rinde. Gliakerne etwas vermehrt, im Mark vielfach besonders längs der feineren Gefäße; Trabantzellen nicht vermehrt. Pia verdickt, unregelmäßige Kernanhäufungen (gewucherte

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

fixe Piaelemente, Körnchenzellen, hie und da auch Lymphozyten, keine Leukozyten, keine Plasmazellen). Den auffallendsten Befund stellen eigenartige Veränderungen an mehr oder weniger allen Kernen der Rinde (und auch der Pia) dar, wie sie Vortragender bisher in dieser Ausbildung nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Der Kerninhalt zeigt eine eigentümlich unregelmäßig blasig-wabige Struktur, die Waben- und Vakuolenwände sind dick und tiefdunkel (*Nissl*-Präparate); diese Veränderungen sind überall am ausgesprochensten an den Endothelkernen, aber auch an den Glia- und Ganglienzellkernen sowie an den Piaelementen. An den Ganglienzellen daneben Veränderungen nach der Richtung der *Nissl*schen akuten Zellerkrankung hin.

6. (Kü.) 25 jähriges Mädchen. Krankengeschichte s. *Bonhoeffer*, Zur Frage der Klassif. der symptomat. Psychosen, Berl. klin. Wochenschr. 1908 S. 2257. Urämie. — Sektion: Ältere Nephritis interstitialis, Dilat. ventr. dextri, Hypertrophia ventr. sin., beginnende Sklerose der Aorta, Lungenhypostase und -ödem. Zahlreiche Petechien und kleine Blutungen in der Haut der Schenkel, im Endokard, Perikard, Pankreas, Nebennieren, Nierenkapsel, Endometrium, Schleimhaut des Ösophagus, Magen, Kolon, Ileum; im Ileum zwei Blutungsstellen nekrotisch, und davon ausgehend zirkumskripte Peritonitis. — Gehirn: Pia über den Zentralwindungen getrübt. Über das ganze Gehirn unregelmäßig verbreitet Herde in der Rinde, die teils durch ihre verwaschene blasse Farbe, teils durch ihre frische blutige Imbibition oder flohstichartige Sprenkelung auffallen.

Histologischer Befund: Die Herde sind überall auf die Rinde beschränkt, sind alle klein, meist nicht breiter als hoch, nehmen oft nur einen Teil der Rindenbreite ein, konfluieren aber vielfach, so daß ganze Windungsstücke mehr oder weniger vollständig zerstört sind. Ihre Gestalt ist in der Regel rundlich, seltener keilförmig. Histologisch finden sich 1. die bekannten Bilder kompletter und inkompletter Erweichung in allen Stadien etwa der ersten zwei Wochen, (verglichen mit experimentellen Rindenläsionen; Körnchenzellen, Fibroblasten, Gefäßwucherung, Randglia); 2. relativ selten daneben Blutungen, die meisten ganz frisch; 3. charakteristische „Lichtungen", wie sie Vortragender auf der Naturforscher-Versammlung in Dresden 1907 beschrieben hat; 4. Eigenartige Nekrosen: alles Gewebe (einschließlich der Gefäße) schlecht gefärbt, ohne erkennbare Struktur; die nekrotischen Gefäßwände durchsetzt und umgeben von frischen Leukozyten, welche von da aus überall ins Gewebe sich zerstreuen; die nekrotischen Gefäße der Rinde außerdem thrombosiert, und von ihnen aus Thrombenbildung in die gröberen Gefäße der Pia hinein; 5. Mixta composita von 1—4. Pia in der Gegend der Herde stark verdickt, vielfach Blutungen und Nekrosen mit Leukozyten, keine diffuse Infiltration. Nirgend arteriosklerotische Veränderungen an den Gefäßen, auch an den großen basalen Gefäßen nicht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das histologische Gesamtbild ist dahin zu deuten, daß es sich um multiple, lokal verschieden schwere Schädigungen des Rindengewebes handelt. Der Natur des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses entsprechend wird man an eine toxische, durch den Blutgefäßinhalt verbreitete Schädlichkeit denken müssen, die jedoch nicht durch das Zwischenglied der Erzeugung von Arteriosklerose, sondern wahrscheinlich direkt auf das Nervengewebe gewirkt hat.

Herr *Stertz*-Breslau demonstriert Präparate eines Falles von myasthenischer Bulbärparalyse.

Die Krankheit hatte bei der damals 15 jährigen Patientin Marie W. mit Augenmuskelstörungen begonnen, welche allmählich zu fast vollkommener beiderseitiger Ophthalmoplegia externa geführt hatten. Allmählich hatte sich dann leichte Ermüdbarkeit der Extremitäten sowie Erlahmen beim Sprechen und Schlucken hinzugesellt.

Die Untersuchung ein Jahr nach Beginn des Leidens ergab, abgesehen von den fast konstanten Augenmuskelstörungen: beiderseits Fazialisparese (links mehr als rechts). Schwäche des Gaumensegels, der Zunge, der Kopfbeugung, diffuse Schwäche der Extremitäten, besonders der Peronealmuskulatur.

Das Symptom der erhöhten Ermüdbarkeit war ausgesprochen, die Sprache wurde nach längerem Sprechen nasal und verwaschen. Die elektrische Untersuchung ergab My. R. im Fazialisgebiet und im Peroneusgebiet beider Seiten, später auch in den andern Extremitätenmuskeln, doch erlosch die faradische Erregbarkeit niemals vollständig und erholte sich binnen Sekunden wieder. Gegen Ende der Erkrankung wurde partielle Ea. R. im linken Kinnfazialis festgestellt. Der Verlauf war ein schwankender. Schließlich trat zunehmende Verschlechterung der Sprache, des Kauens, des Schluckens ein, und es traten Anfälle von Erstickung hinzu. Einem solchen erlag Patientin etwa $^{5}/_{4}$ Jahre nach Beginn der Erkrankung.

Die Kranke hatte einen infantilen Habitus, eine Vergrößerung der Schilddrüse. Die Sektion ergab auch Persistenz der Thymusdrüse (25 g); makroskopisch hatte die Sektion im übrigen ein negatives Ergebnis.

Mikroskopisch fand sich am Rückenmark eine wohl als kongenitale Hypoplasie aufzufassende Lichtung der Pyramidenseitenstränge. Die bulbären Kerne und Fasersysteme erwiesen sich mit allen Darstellungsmethoden als normal, abgesehen von unwesentlichen Befunden und frischen, als Folge der Suffokation zu deutenden Blutungen. Ebensowenig zeigten die Hirnnerven erhebliche Veränderungen, nur in einzelnen kleinen Ästen des Hypoglossus, dicht beim Eintritt in die Muskulatur, wurden nach *Weigert* deutliche Degenerationen gefunden.

In einigen Muskeln (Gaumensegel, Tibialis anticus) fanden sich sehr spärliche Zellinfiltrate (Lymphozyten).



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im übrigen zeigte ein Teil der untersuchten Muskelpräparate sehr auffallende Unterschiede, die sich auf Dicke und Kernreichtum der Fasern bezogen (Zunge, Tibialis ant., Zwerchfell). Vortragender ist geneigt, die dünnen, kernreichen Partien als Atrophie mit sekundärer Kernwucherung zu deuten. — Genauere Mitteilung erfolgt an anderer Stelle.

Herr *Otfrid Förster*-Breslau: Lähmungstypus bei kortikalen Hirnherden.

(Wird ausführlich in der „Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde" veröffentlicht.)

Herr *Noehte*-Breslau demonstriert die Abkühlungsreaktion an einem Kranken mit zentraler Lähmung des rechten Fußes.

Abkühlungsreaktion heißt die träge Zuckung des elektrisch gereizten abgekühlten Muskels. Sie ist der Entartungsreaktion sehr ähnlich und hat in dem vorgestellten Fall der richtigen Erkenntnis von der Natur des Leidens erhebliche Schwierigkeiten gemacht, bis es gelang, durch Erwärmung des kranken Fußes flinke Zuckung auf elektrische Reizung zu bekommen. Vielleicht sind manche Untersucher, die an zentral gelähmten Muskeln Entartungsreaktion gefunden haben, durch die Abkühlungsreaktion getäuscht worden. Die Abkühlungsreaktion kommt auch an gesunden Muskeln vor, besonders leicht zeigt sie sich aber an gelähmten und in ihrer Ernährung geschädigten Gliedern, die Muskeln des Fußes und der Hand sind der Abkühlung natürlich leichter unterworfen als dem Rumpf näher gelegene Teile, und sie pflegen die Abkühlungsreaktion deshalb am häufigsten darzubieten.

Gerade als es in der Klinik gelungen war, die Abkühlungsreaktion von der Entartungsreaktion zu trennen, erschien aus der Heidelberger Medizin. Klinik eine Arbeit von *Grund*, die sich sehr exakt mit dieser Abkühlungsreaktion beschäftigt. Dr. *Neisser*.

128.[1]) Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. Dezember 1908.

Anwesend: *Abraham*-Berlin a. G., *Ascher*-Berlin, *Bödeker*-Schlachtensee, *Bratz*-Wuhlgarten, *Döblin*-Berlin a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Finckh*-Nieder-Schönhausen a. G., *Foersterling*-Landsberg a. W., *Frenkel*-Heiden a. G., *Guttstadt*-Berlin, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heine*-Dalldorf a. G., *Hellmann*-Berlin a. G., *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Juliusburger*-Steglitz,

[1]) Versehentlich ist die vorhergehende Sitzung am 13. Juni 1908 auf S. 814 des vor. Jgs. dieser Zeitschr. als 126. statt als 127. bezeichnet worden.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kalischer-Schlachtensee, *Klipstein*-Herzberge, *Kortum*-Dalldorf, *Krahmer*-Dalldorf a. G., *Kutzinski*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Ledermann*-Berlin a. G., *Fritz Leßer*-Berlin a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Dalldorf, *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Munter*-Berlin, *Reip*-Arendsee, *Richter*-Buch, *Rosenberg*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Schayer*-Dalldorf, *Schauß*-Buch a. G., *Schulz*-Buch, *Schuster*-Berlin, *Seeger*-Lübben, *Skierlo*-Potsdam, *Sklarek*-Buch, *Stelzner*-Charlottenburg a. G., *Viedenz*-Eberswalde, *Vieregge*-Herzberge a. G., *v. Vleuten*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Weiler*-Westend.

Der Vorsitzende *Sander* gibt der Teilnahme des Vereins am Tode seines treuen Mitglieds, Geh. San.-R. *Ulrich*-Eberswalde, Ausdruck; die Anwesenden ehren das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Marcuse-Dalldorf: Über tuberöse Sklerose (mit Demonstration).

In letzter Zeit ist es *Vogt* in Frankfurt und auch *Pellizzi* mehrfach gelungen, die tuberöse Sklerose intra vitam zu diagnostizieren, wodurch die Krankheit, die bis jetzt nur den Wert einer pathologisch-anatomischen Rarität gehabt hat, auch klinisches Interesse gewinnt. *Vogt* hat besonders darauf aufmerksam gemacht, daß sich neben der Gehirnerkrankung häufig Tumoren der Nieren, des Herzens und der Haut finden. Für die Diagnose sind die Hauttumoren besonders gut zu verwenden, da es sich um eine sonst ebenfalls sehr seltene Affektion, das Adenoma sebaceum, handelt.

Auch in dem vorliegenden Falle finden sich eigentümliche Hauttumoren, die im Aufnahmestatus folgendermaßen beschrieben sind: An beiden Wangen linsengroße, an der Stirn größere, zum Teil braun pigmentierte, in der Oberhaut sitzende Geschwülste von derber Konsistenz. Später werden diese Gebilde in der Krankengeschichte zwar nicht mehr erwähnt, dagegen wird von Ekzem des Gesichts gesprochen. Wahrscheinlich hat es sich also auch in diesem Falle um Adenoma sebaceum gehandelt. Bei der Sektion fand sich ferner ein rechtsseitiger apfelgroßer Nierentumor vom Typus der *Grawitz*schen Tumoren, so daß also die eigentümliche Kombination: tuberöse Sklerose und Nierentumor wiederum gegeben war.

Die Patientin erreichte das für die Erkrankung relativ hohe Alter von 18 Jahren. Hereditäre Belastung und Lues liegen anscheinend nicht vor. Der Vater gab an, für 15 Pf. Schnaps täglich zu trinken. Bereits von der 5. Woche an litt Patientin an Krämpfen, die aber im Alter von 5 Jahren aufhörten und erst später wieder auftraten. Der letzte wurde einige Wochen vor dem Exitus beobachtet. Das Kind soll mit 1 Jahr gehen gelernt haben, zeigte später ein gewisses Interesse für Musik, war aber sonst völlig idiotisch. Der Zustand hat sich aber doch wohl allmählich verschlimmert, was daraus hervorgeht, daß es bis 7½ Jahr zu Hause



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehalten werden konnte. Auch wurde sie dann erst der Idiotenanstalt in Dalldorf zugeführt, galt also für bildungsfähig, und erst nach 4jährigem Aufenthalt in der Idiotenanstalt nach der Irrenanstalt verlegt.

Hier war sie völlig teilnahmlos, verunreinigte sich, machte im Bett sitzend und auch im Stehen stundenlang wippende Bewegungen mit dem Oberkörper. Die Menses traten vom 13. Jahr an regelmäßig auf, doch blieb das anfangs kräftige Kind in der körperlichen Entwicklung stehen. Der Tod erfolgte an Lungentuberkulose.

Das Gehirn wog 1260 g, war also ungewöhnlich schwer. Der Schädel symmetrisch, im ganzen verdickt. Die Dura normal. Die Pia stellenweise leicht getrübt, und, wie besonders hervorzuheben ist, überall gut abziehbar.

Die Oberfläche des Gehirns zeigte zahlreiche unregelmäßig verteilte hellere Stellen, die sich durch ihre derbe Konsistenz von den umliegenden Teilen abhoben. Die Windungen zeigten hier knollenförmige Verdickungen, vielfach mit zentraler Delle. Auf dem Durchschnitt erscheint die erkrankte Rindenpartie verschmälert, sie ist von gelblich-weißer, knorpelartiger Beschaffenheit und hebt sich deutlich von der grau-rötlichen normalen Farbe ab; die gröbere Gliederung des Gehirns ist nicht beeinflußt. Am Kleinhirn findet sich nur stellenweis eine als weißliche Streifen hervortretende Verdickung der äußeren Gliaschicht. Pons und Medulla zeigen keine besonderen Veränderungen.

Diese Erscheinungen an der Großhirnrinde sind für die tuberöse Sklerose charakteristisch. Der Krankheitsprozeß kann sich in weniger fortgeschrittenen Fällen auf sie beschränken, wie in dem Falle von *Stertz*, der ein einmonatiges Kind betrifft. Bei älteren Individuen finden sich aber ferner zahlreiche Krankheitsherde in der Marksubstanz und häufig eigenartige geschwulstähnliche Gebilde in den Ventrikeln.

Die Verteilung dieser Markherde demonstriert Vortragender an einer teils nach *Pal*, teils nach *van Gieson* gefärbten Schnittserie durch eine Hemisphäre. Überall sieht man große Lücken zwischen den Markscheiden, und kleinere, die das Gewebe stellenweise wie von Motten zerfressen erscheinen lassen. An einzelnen Windungen tritt das fontäneartige Aufsplittern der Markfasern nicht mehr deutlich hervor, an andern macht sich eine hochgradige Rarefikation der Markfasern bemerkbar. Das Bild unterscheidet sich jedenfalls außerordentlich von den scharf begrenzten Herden der gewöhnlichen multiplen Sklerose. Es trägt durchaus den Charakter einer ganz diffusen Erkrankung. Die *van Gieson*-Präparate zeigen die den Lücken zwischen den Markscheiden entsprechenden Stellen intensiv rot gefärbt. Es handelt sich also im wesentlichen um eine Vermehrung der Glia. Die Herde zeigen vielfach eine radiäre Stellung und stehen zum Teil mit Rindenpartien in Verbindung, die ebenfalls deutlich eine Gliavermehrung erkennen lassen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Stammganglien selbst sind intakt, doch finden sich beiderseits in den Seitenventrikeln, dort wo der Nucleus caudatus die Ventrikelwand erreicht, mehrere bis linsengroße Knötchen, die das Ependym hervorbuchten und in die Substanz der Nucleus caudatus eingebettet sind. Der Ventrikel ist besonders in den hinteren Abschnitten erweitert.

Die histologischen Befunde stimmen im wesentlichen mit denen überein, wie sie *Stertz*, *Geitlin* und *Vogt* ausführlich beschrieben haben. Die Rinde zeigt an den verhärteten Stellen eine enorme Gliawucherung, die neben ungewöhnlich dichten Geflechten und dicken Fasern auch wohl eine Vermehrung der Kerne aufweist und vielfach mit Büschelbildungen, die sich oft den Gefäßen anschließen, einhergeht. Sehr dicht am Rande liegen nicht selten einzelne sogenannte „große Zellen", die hier meist kernhaltig sind und Ganglienzellen gleichen.

In den Markherden liegen diese großen Zellen in Nestern zusammen, die von dickfasriger Glia gebildet werden. Einzelne sind erheblich größer als *Beetz*sche Riesenzellen. Sie zeigen oft Zeichen regressiver Metamorphose, wie Vakuolenbildung, Fehlen der *Nissl*schollen usw. Das Protoplasma ist von homogener Beschaffenheit, wie koaguliert. In manchen Herden haben sie bereits den Kern verloren, so daß sich alle Übergangsformen bis zu Gebilden finden lassen, die wie Corpora amylacea aussehen und in allen größeren Herden zahlreich vorhanden sind. Die größeren Herde enthalten ferner vielfach Gefäßneubildungen, die oft stark hyalin degeneriert oder verkalkt sind.

Alle diese histologischen Eigentümlichkeiten zeigen aber gewissermaßen in konzentrierter Form die Ventrikeltumoren. Eine dichte feinmaschige Gliaschicht bildet die Grenze gegen den Nucleus caudatus. Im Innern finden sich dickfasrige Gliabüschel, zwischen denen kernhaltige große Zellen und zahlreiche Corpora amylacea samt ihren Übergangsformen vorhanden sind. Daneben liegt ebenfalls von dichter Glia umgeben ein Knäuel stark hyalin veränderter Kapillaren, die nirgends Blut enthalten. In ihrer Umgebung liegen besonders zahlreiche Kalkkonkremente.

Die neueren Autoren sind darin einig, in den großen Zellen das Primäre der Erkrankung zu sehen. Die Herde wie die Ventrikeltumoren sind danach als Heterotopien aufzufassen, die entweder direkt die Gliawucherung hervorrufen oder indirekt, indem durch das Fehlen der an die falschen Stellen geratenen Ganglienzellen in der Rinde Lücken entstehen, die nun durch die Gliawucherung ausgeglichen und überkompensiert werden. Die Erkrankung stellt danach eine Entwicklungsstörung dar, die in einer Verlagerung der Neuroblasten und in einer Hemmung ihrer normalen Differenzierung besteht.

Die tuberöse Sklerose ist in dieser Ausbildung pathologisch-anatomisch scharf charakterisiert. Die oben angeführten klinischen Symptome,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die der vorliegende Fall in seltener Weise vereinigt, dürften es in Zukunft ermöglichen, die Krankheit von der Idiotie resp. Epilepsie abzugrenzen.

Kutzinski-Berlin: Ein Fall von Zwangshalluzination. (Demonstration.)

27jähriges Dienstmädchen, Vater Potator, von jeher etwas beschränkt und zurückhaltendes Wesen, Kindheit normal, in der Schule schlecht gelernt, keine Krankheiten, Menstruation regelmäßig. Sexueller Verkehr hat 1906 kurze Zeit stattgefunden. Diese Beziehungen wurden abgebrochen, weil der Mann sie nicht heiraten wollte. 1904 machte sie schweren Typhus durch, der 8 Wochen dauerte. Kurz vor Ablauf desselben — sie war schon lange fieberfrei — hörte sie ohne jede Veranlassung eine Stimme, die das Wort „Fluch" sprach. Es war eine unbekannte Frauenstimme, sie klang flüsternd, wurde nicht nach außen lokalisiert. Die Stimme kehrte immer wieder; sie konnte sie nicht unterdrücken; sie wurde bald des Tages, bald des Nachts gehört. Das Auftreten der Halluzination war stets von Krankheitsbewußtsein begleitet. Patientin versuchte wiederholt erfolglos gegen die Stimme anzukämpfen. Später hörte sie die Stimme gelegentlich, wenn sie beten wollte. Das Hören der Stimme war von Angst begleitet. Im Anschluß an diese Stimme machte sie sich Vorwürfe. Sie glaubte, sie täte damit eine Sünde. Nach einigen Monaten Besserung des Zustandes, jedoch hat sie von Zeit zu Zeit, aber nur selten, das Wort „Fluch" gehört, ohne daß dadurch ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wurde. Seit einigen Monaten ist sie im christlichen Jungfrauenverein. Vor 6 Wochen trat eine Verschlimmerung des obigen Zustandes ein. Trotzdem sie sehr gehemmt war, schilderte sie deutlich und bestimmt ihren Zustand. Auch bei wiederholtem Fragen ließ sich immer wieder feststellen, daß die Kranke das Wort „Fluch" bald ohne Veranlassung, bald beim Beten hörte. Die Halluzination hatte denselben Charakter wie bei ihrem ersten Auftreten. Erst im Anschluß an diese hatten sich Hemmung und Angst entwickelt. In den halluzinationsfreien Intervallen fehlte beides. Leider ließ sich infolge der Beschränktheit der Patientin nicht feststellen, ob das Wort „Fluch" das Substantiv oder den Imperativ bedeutet. Die Intelligenzprüfung ergab einen leichten Defekt im Sinne der Debilität. Körperliche Untersuchung zeigte keine Besonderheiten. Ohren normal. Es fehlten hysterische Stigmata. Auch die Symptome der hysterischen Persönlichkeit werden vermißt. Es fehlte ferner jeder Zusammenhang mit einem affektvollen Erlebnis. Die Annahme einer Melancholie ist zurückzuweisen, weil die Kranke auf das bestimmteste angibt, daß die Depression und Angst erst im Anschluß an die Halluzination aufgetreten sind. Sie habe zu Gott gebetet, er solle sie von der Stimme befreien. Als das keinen Erfolg hatte, kam sie auf den Gedanken, sie müsse schlecht sein. Schwindet die Halluzination, so weist die Kranke Versündigungsvorstellungen sofort zurück. Endlich


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sei noch hervorgehoben, daß Patientin Zwangsvorstellungen nicht geboten hat.

Wir fassen die Halluzination als Zwangshalluzination auf. Von den in der Literatur angeführten Fällen von Zwangshalluzination läßt sich von vornherein ein großer Teil ausscheiden, weil sie deutliche hysterische Züge tragen.

Sergeranoff hat eine Einteilung der Zwangshalluzinationen gegeben, die sich auf ihre Art, ihre Lebhaftigkeit und ihre Projektion nach außen bezieht. Wertvoller ist die von *Séglas* gegebene Einteilung, die zwischen Halluzination obsédante und obsession hallucinatoire unterscheidet. *Löwenfelds* Benennung dieser Formen als primäre und sekundäre erscheint zweckmäßiger. Die letztere Form ist ziemlich häufig, in letzter Zeit z. B. von *Hoche* besprochen worden. In der Literatur hat sich dagegen kein einwandfreier Fall von primärer Zwangshalluzination gefunden. *Séglas* beobachtet eine Kranke, mit isolierter Geruchshalluzination. Seine Angaben sind aber nur sehr kurz. Vor allem vermißt man den Versuch, etwaige unbewußte Motive aufzudecken. Es bleibt auch ungewiß, ob nicht etwaige objektive Reize bestanden haben.

Als Zwangszustände fassen wir solche auf, gegen die der Wille erfolglos ankämpft und die von Fremdgefühl begleitet sind. Sodann ist noch die Genese des Zwangsprozesses bedeutsam. Wenn die Geistesstörungen, die zu einer Verfälschung der Persönlichkeit und der Außenwelt führen, in der tatsächlichen Unsicherheit ihre letzte Ursache haben, so finden wir diese bei Zwangsvorgängen im intellektuellen Unsicherheitsgefühl, dem Zweifel. Das Individuum will sich von diesem Unsicherheitsgefühl befreien, es muß es tun, weil es sonst der Gefahr des völligen Zerfalls ausgesetzt ist. Es wählt sich zu diesem Zwecke eine bestimmte Vorstellung, an der sie gewissermaßen das Übermaß an Unsicherheitsgefühl betätigen kann. Diese Vorstellung ist meist stark affektbetont. Der Nachweis des Unsicherheitsgefühls wird durch das Gesamtverhalten des Individuums geführt. Meist sind es pedantische oder debile Menschen, die bei jedem Tun, wie *Friedmann* es nannte, eine deutliche Entschlußunfähigkeit zeigen. Diese Genese trifft vielleicht nicht in allen, aber sicher in vielen Fällen zu.

Auch bei meiner Kranken zeigt sich dieses Unsicherheitsgefühl in ihrer Debilität.

Wir haben nun nach dem Motiv gesucht, warum bei ihr gerade die Halluzination „Fluch" aufgetreten ist. Sexuelle Momente liegen nicht vor; sexueller Verkehr fand erst nach dem Typhus statt. Dagegen gab Patientin einmal zögernd an, als sie nach Selbstvorwürfen gefragt wurde, daß sie als Kind gegen die Mutter ungehorsam war, und daß sie sich darüber viele Gedanken mache. Einen Zusammenhang mit der Halluzination stellt sie in Abrede. Es wäre denkbar, daß sie nichts davon weiß. Sie ist beschränkt, ungebildet, in der Selbstbeobachtung nicht geübt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die Verdrängung des Selbstvorwurfes den Zustand geschaffen hat. Daß dann dieser Selbstvorwurf sich in die Gestalt einer Halluzination gekleidet hat, dafür scheint mir ihr Auftreten am Ende des Typhus wichtig. Die Degeneration kommt im intellektuellen Insuffizienzgefühl zum Ausdruck. Bei schwerer Erschöpfung ist der Vorstellungsablauf verlangsamt, die Erregbarkeit des Sinneseindrucks gesteigert. Die Gefühlstendenz der Unsicherheit weckte die Vorstellung „Du hast in der Jugend deiner Mutter nicht gehorcht". Zur konsequenten Ausdeutung und zur begrifflichen Formulierung des Vorwurfs ist sie nicht fähig. Nun findet die Entladung auf dem bequemeren, leichter ansprechbaren Wege der Sinnessphäre statt, indem der Vorwurf in das Akoasma Fluch zusammengedrängt wird. Auch bei den häufigeren sekundären Zwangshalluzinationen ist nicht die Intensität der Vorstellung, sondern der schwerere Grad von Erschöpfung Ursache der begleitenden Halluzination.

Diskussion. — *Richter*-Buch macht auf die großen Schwierigkeiten aufmerksam, welche die forensische Beurteilung Krimineller mit solitären Halluzinationen darbietet, und erinnert an einen von ihm in der Allg. Ztschr. f. Psych. (Bd. 58, S. 323) veröffentlichten Fall.

Sander fragt, ob eine otiatrische Untersuchung stattgefunden habe, was Vortragender verneint.

Max Edel: Die *Wassermann*sche Reaktion bei der progressiven Paralyse und paralyseähnlichen Erkrankungen.

Meine Herren! Die Blutuntersuchung nach der *Wassermann*schen Methode hat für die Psychiatrie eine nicht unerhebliche Bedeutung gewonnen. Wie bekannt, ist es durch diese Methode möglich, im Blut Stoffe nachzuweisen, welche in irgendeiner Beziehung zur Syphilis des Untersuchten stehen. Bei der Schwierigkeit und dem häufigen Versagen einer Syphilisanamnese ist der hierdurch geschaffene Nachweis der Lues von erheblichem Wert, insbesondere tritt dies bei den sogenannten metasyphilitischen Psychosen hervor. Vor allem interessieren uns die paralytischen Psychosen und die paralyseähnlichen Krankheitsbilder, welche man von der progressiven Paralyse nach den Studien von *Alzheimer* pathologisch-anatomisch zwar in neuerer Zeit zu sichten begonnen hat, deren klinische Unterscheidung aber noch vielfach Schwierigkeiten begegnet. Und doch ist es für die Prognose recht wichtig, eine solche Unterscheidung zu machen. Ist es doch nicht gleichgültig, ob es sich um eine für gewöhnlich in wenigen Jahren mit dem Tode endigende progressive Paralyse oder um eine andere Erkrankung handelt, welche zur Heilung oder wenigstens zur lang anhaltenden Besserung mit oder ohne geistigen Defekt führen kann. Freilich wird vereinzelt geglaubt, daß auch die progressive


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralyse einen sich über viele Jahre erstreckenden stationären Verlauf nehmen könne. Es wird aber abzuwarten sein, ob die hierfür angezogenen Fälle sich nicht klinisch und mit Hilfe der Blutserumuntersuchungen künftig ebenfalls von den bekannten ungünstig verlaufenden Fällen der fortschreitenden Gehirnlähmung werden absondern lassen. Seit einem Jahre wird die Blutserumuntersuchung zur Unterscheidung der Gehirnerweichung von anderen Gehirnerkrankungen, welche mit zerebralen Lähmungssymptomen und geistiger Schwäche einhergehen, von verschiedenen Autoren herangezogen. So hat *Förster* 14 Paralysen, 4 Kranke mit Lues cerebri und einige diagnostisch unsichere Fälle (Hirntumor oder Gummi, Paralyse oder Manie bzw. arteriosklerotische Demenz und Encephalopathia saturnina) untersucht und erklärt, daß die Serumuntersuchung gleich von vornherein wertvolle Direktiven gegeben hätte, deren Zuverlässigkeit sich im weiteren Verlauf bestätigte. *Stertz* hat 111 Krankheitsfälle untersucht. Er betont, daß die Serodiagnose bei früheren Luikern, bei welchen sich Residuen am Nervensystem finden und die Frage: Paralyse oder nicht? auftaucht, wichtig sei, ferner da, wo Paralyse von *Korsakoff*, paranoiden Zuständen, Coma, Status epilepticus beim Fehlen der Anamnese, Hirntumor, Gummi, alkoholischer Pseudoparalyse, arteriosklerotischen Erkrankungen, Urämie zu unterscheiden wäre. *Plaut*, der 80 Fälle von Paralyse nach der *Wassermann*schen Methode untersucht hat, stellt bei 100 % positiven Serumbefund fest. *Nonne* mißt der Reaktion keine ausschlaggebende Bedeutung zu, wenn er auch ihren hohen Wert im Ensemble des klinischen Bildes anerkennt. *Westphal* hat einen Fall von Geisteskrankheit von 21 jähriger Dauer bei einem 61 jährigen Manne kürzlich beschrieben, der, wie er sagt, früher sicher als stationäre Paralyse bezeichnet wäre, mit Sprachstörung, Pupillenstarre, Hypoglossuslähmung, erhöhten Reflexen, Intelligenzdefekt. Die Serumreaktion war negativ, weshalb dieser Fall als arteriosklerotische Seelenstörung aufgefaßt wird, die reflektorische Pupillenstarre trotz des negativen *Wassermann* als Folge von Lues.

In unserer Anstalt sind seit einem Jahre von mir und unserem Assistenzarzt Dr. *Senkpiel* ebenfalls bei allen irgend in Betracht kommenden Psychosen die Blutentnahmen gemacht und von Herrn *Fritz Lesser* nach der *Wassermann*schen Methode untersucht worden. Wir haben das Blut gewöhnlich aus einer Vene in der Gegend des Ellenbogengelenks entnommen. Auch bei fettleibigen Personen konnten wir durch Stauung mittels einer um den Arm gelegten Binde eine periphere Vene zur Blutentnahme sichtbar machen. Die schmerzhafte Punktion der Fingerkuppe ebenso wie die Blutentnahme mittels Schröpfkopf haben wir deshalb nicht auszuführen brauchen. Durch Hochheben des Arms, Lösen der Binde und Drücken eines Äthertupfers auf die Punktionsstelle beim Herausziehen der Spritze wurde verhindert, daß ein Bluttropfen auf der Haut sichtbar wurde. Die Punktionsstelle selbst wurde nach einigen Minuten mit einem Heft-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pflaster bedeckt. Infektionen sind nicht vorgekommen, unerhebliche Blutungen in die Haut anfangs nur in wenigen Fällen. Um jede subjektive Beeinflussung der Resultate zu vermeiden, wurden die Blutsera ohne Nennung der Diagnosen an Herrn *Lesser* geschickt und unter Angabe von Pseudonymen bei öfter untersuchten Patienten. *Wir haben im ganzen bisher über 100 Patienten mit den verschiedensten Psychosen zum Teil wiederholt nach dem Wassermannschen Verfahren geprüft*[1]) und wollen hier nur auf die Erfahrungen bei der progressiven Paralyse und den paralyseähnlichen Erkrankungen kurz eingehen, indem wir uns eine ausführlichere Beschreibung der Krankengeschichten und sonstigen Erfahrungen für eine Veröffentlichung in einer Festschrift vorbehalten, welche von mir anläßlich des 40 jährigen Bestehens unserer Anstalt demnächst im Verlage von Hirschwald herausgegeben werden wird.

Unter den Untersuchten befanden sich *50 Fälle klinisch sicherer Paralyse, von denen 3 Taboparalytiker* waren[2]). Diese *reagierten sämtlich positiv.* Auch bei einem Falle von Paralyse, welcher sich an ein schweres Kopftrauma anschloß, fiel die Serumreaktion positiv aus. Ein Beweis, daß auch hierbei der Zusammenhang der traumatischen Paralyse mit Lues nicht vermißt wurde. *In keinem Falle von traumatischer Paralyse sollte deshalb die Serumuntersuchung unterlassen werden, um die Beziehungen derartiger Fälle zur Syphilis festzustellen.* Eine juvenile Paralyse reagierte gleichfalls positiv, ebenso wie deren tabische Mutter, während die gesunde Schwester negativen Befund ergab. Erwähnen möchte ich noch eine Patientin, bei der sich zur Epilepsie die Paralyse gesellt hatte, und die, wie vorauszusehen war, positiv reagierte. Auch ein Fall, in welchem Hysterie mit Taboparalyse kombiniert war, reagierte wie alle anderen Paralytiker positiv. Unsere Untersuchungen bestätigen somit den Satz aufs neue, daß *ohne Lues keine Paralyse* vorkommt. Ich glaube, daß die wenigen Fälle von Paralyse mit negativem Ausfall, welche in den ersten Publikationen figurieren, teilweise entweder auf technische Unzulänglichkeiten (die Verwendung von unwirksamen Extrakten) oder auf einen Irrtum in der Diagnose zu beziehen sind. Jedenfalls müssen diese Fälle genau in ihrem weiteren Verlauf verfolgt werden, um zu erkennen, ob sie auch der Paralyse zuzurechnen sind oder nicht. *Eine Haupt-*

[1]) Diejenigen Fälle, welche Lues anamnestisch aufwiesen oder noch Zeichen derselben darboten, hatten ein positives Resultat. Außerdem reagierten noch einige Fälle positiv, bei welchen nachträglich die syphilitische Infektion bestätigt wurde. Alle Fälle, die nichts mit Lues zu tun hatten, reagierten negativ.

[2]) Von 7 Tabikern waren 5 positiv. Inzwischen haben sich die Ziffern vergrößert mit demselben Resultat.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bedeutung der *Wassermann*schen Reaktion für die Psychiater liegt in ihrer Verwertung bei der Differenzialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und anderen Gehirnerkrankungen mit ähnlichen Erscheinungen. Wir haben eine Anzahl derartiger Fälle untersucht, deren Krankengeschichten im einzelnen hier zu weit führen würden. Es handelt sich um Fälle, bei denen Paralyse einerseits, Krankheiten wie Manie, manisch-depressives Irresein, Imbezillität, Dementia praecox, arteriosklerotische bzw. senile Demenz, Epilepsie, Hysteroepilepsie, *Korsakoff*, zum Teil kombiniert mit Lues, in Frage kam und Lähmungserscheinungen sowie Geistesschwäche vorhanden waren. Der negative Ausfall der Serumuntersuchung bewog uns in mehreren dieser Fälle die Diagnose: progressive Paralyse fallen zu lassen. Während man bei den Luikern im allgemeinen nur dem positiven Ausfall der Reaktion eine Bedeutung beimißt, nicht aber dem negativen, so ist es, wie ich schon in der Diskussion zu dem Vortrag der Herren *Blaschkow* und *Citron* in der Berl. Med. Gesellschaft hervorgehoben habe, bei der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und anderen Gehirnerkrankungen gerade umgekehrt. Wir müssen nämlich darin einen entscheidenden Vorzug der Serumdiagnostik erblicken, daß bei einem negativen Ausfall die Diagnose: progressive Paralyse in derartigen klinisch noch zweifelhaften Fällen fallen gelassen werden kann. Das schließt aber nicht aus, daß es sich in diesen negativ reagierenden Fällen um Hirnlues handeln kann, da ein Teil der Hirnluesfälle bisher nicht positiv reagiert haben. Auch *Plaut* hat dieselbe Ansicht ausgesprochen, daß bei negativem Ausfall der Reaktion die Paralyse so gut wie ausgeschlossen ist. Der positive Serumbefund spricht in der Regel nur für Lues, hat aber in einigen unserer Fälle die klinische Diagnose im Sinne der Paralyse beeinflußt. Ein Patient, der bei der ersten Aufnahme den Eindruck eines Alkoholdeliranten machte, aber positiven Serumbefund hatte, ohne daß Lues anamnestisch angegeben war oder Zeichen von Lues bestanden, wurde gebessert nach Haus entlassen, kam aber nach einiger Zeit wieder zur Aufnahme in die Anstalt und zeigte nun deutliche Zeichen von Paralyse, starb auch im paralytischen Anfall. Hier hatte uns der positive Befund des Blutserums bereits anfangs stutzig gemacht und der weitere Verlauf der Auffassung Recht gegeben, daß es sich um Paralyse handeln könne. In anderen Fällen, wo trotz positiven Serumbefundes keine progressive Paralyse vorlag, hat nicht die Serumuntersuchung, sondern das klinische Bild den Ausschlag gegeben. Der weitere Verlauf hat in diesen anfangs zweifelhaften Fällen, soweit sie sich verfolgen ließen, bisher die gestellte Diagnose bestätigt. Zwei Fälle, welche für stationäre Fälle von Paralyse gehalten werden könnten, es aber nicht sind, möchte ich hier noch besonders erwähnen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der eine betrifft einen 58 jährigen Gutsbesitzer ohne hereditäre Belastung, welcher 1870 einen Schanker gehabt, nie eine antisyphilitische Kur gemacht hat und Geschwürsnarben an den Unterschenkeln aufweist. Er ist seit 18 Jahren in Anstaltsbehandlung, hat Sprachstörung und zwar häsitierende verwaschene Sprache mit Auslassen von Silben und Worten, fibrilläre Zuckungen an Zunge und Lippe, weite und lichtstarre Pupillen, Krämpfe mit vorübergehenden Paresen, allmählich zunehmende Demenz, schwachsinnige immense Größen- und Verfolgungsideen, auch hypochondrische Vorstellungen mit Sinnestäuschungen, die Patellarreflexe fehlen, leichte Ptosis ist vorhanden. Die wiederholt negative Serumreaktion ließ hier die Zweifel an der lange Zeit gestellten Diagnose Paralyse berechtigt erscheinen. Es handelt sich wohl trotz negativem *Wassermann* um Hirnlues mit epileptischen Krämpfen und Demenz. Der zweite Fall, ein jetzt 63 jähriger Kaufmann, ist 24 Jahre in der Anstalt und wegen Blödsinns entmündigt; ohne hereditäre Belastung, schielt er von Jugend auf, war ein schwacher Schüler und füllte später mechanisch eine Buchhalterstelle aus. Von Lues anamnestisch nichts bekannt. 1883 erkrankte er nach kurzem melancholischen Stadium an maniakalischer Erregung und zunehmender geistiger Schwäche. Es war eine große Ähnlichkeit mit der Paralyse im Krankheitsbild vorhanden, so daß die Erkrankung tatsächlich vom damals begutachtenden Kreisarzt und den Anstaltsärzten jahrelang für eine Paralyse gehalten wurde. Der Charakter erschien verändert, der Kranke hatte viel Geld für unnütze Dinge ausgegeben, erschien vergeßlich, ließ beim Sprechen und Schreiben Worte aus, die Sprache war anstoßend, die Gesichtsmuskulatur zitterte, die Zunge wich nach einer Seite ab und zitterte beim Ausstrecken, die Pupillen waren different und lichtstarr, die Augenbewegungen waren erheblich beschränkt, das rechte Auge wich nach außen ab, die Patellarreflexe waren gesteigert. Es bestand Euphorie, spontanes Schmatzen, Intelligenz- und Urteilsschwäche, kindisches, bisweilen erregtes Wesen. Unter abnehmendem Affekt schritt die geistige Schwäche allmählich zur Verblödung fort und blieb jahrelang stationär. Hier sind wieder Hirnlähmungserscheinungen mit Demenz kombiniert. Die Blutuntersuchung war schwach positiv und konnte für Hirnlues verwertet werden. Ein anderer Patient mit Imbezillität und Alkoholismus ohne Luesanamnese, der zeitweilig Erregungszustände mit Verfolgungsideen bekam, erkrankte im Anschluß an Magenkatarrh mit Ikterus an einer motorisch aphasischen Sprachstörung und anscheinender Trägheit der Pupillenreaktion. Beides verschwand wieder in einigen Wochen. Diese Erscheinungen zusammen mit der Euphorie des Patienten und geistiger Schwäche konnte bei fehlender Anamnese die Annahme einer sich entwickelnden Paralyse nahelegen. Der negative Serumbefund ließ diese aber ausschließen. Es handelte sich wohl um eine vorübergehende Herderkrankung im Gehirn (Embolie). Die eingeforderten Krankengeschichten aus anderen Anstalten bestätigten die Diagnose Imbezillität.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Obwohl die Erfahrungen noch viel zu geringe sind, welche sich in therapeutischer Hinsicht aus einem positiven Serumbefund für den Psychiater ergeben, ist doch hervorzuheben, daß die frühzeitige Erkennung des syphilitischen Faktors eine nicht zu unterschätzende Handhabe für die Therapie von Psychosen in Fällen abgeben kann, wo früher die Anamnese nach dieser Richtung hin versagt hat. Man weiß zwar von früher her, daß antisyphilitische Kuren bei ausgesprochenen Paralysen und alten Defektzuständen, welche aus einer luischen Gehirnaffektion hervorgegangen sind, kaum etwas auszurichten vermögen, es besteht aber jetzt die Aussicht, daß mit Hilfe der *Wassermann*schen Reaktion syphilitische und metasyphilitische Gehirnerkrankungen im allgemeinen früher erkannt und bei richtiger Behandlung im Initialstadium auch einen güstigeren Verlauf nehmen, als es bisher der Fall war. In der Beurteilung der erzielten Erfo'ge wird natürlich Vorsicht geboten sein, da gerade bei Paralyse und Lues cerebri Remissionen auch ohne Anwendung von Kuren nicht selten sind und die Beobachtungszeit noch eine zu kurze ist. Wir haben bisher in einigen uns geeignet erscheinenden Fällen Schmierkuren, Injektionen von Quecksilberverbindungen, Lezithin, Atoxyleinspritzungen, Jodpräparate und intravenöse Injektionen von Chinin, wie sie von *Lenzmann* bei Lues empfohlen wurden, angewandt. In der Tat haben wir aber einen Umschlag der positiven Reaktion in eine negative bisher noch nicht trotz protrahierter aber vorsichtiger antisyphilitischer Behandlung beobachten können. Ich möchte aber hervorheben, daß ein im Beginn der progressiven Paralyse stehender Amtsrichter sich unter einer derartigen Behandlung mit sechswöchentlicher Schmierkur, Jodkali und nachfolgenden Atoxylinjektionen in mehreren Monaten soweit gebessert hat, um seine Funktionen wieder übernehmen zu können.

Wie gesagt, ist aber die Beobachtungsdauer viel zu kurz, als daß ein Urteil über die Dauer des Erfolges abgegeben werden kann.

Fasse ich die Ergebnisse unserer Untersuchungen zusammen, soweit sie sich auf die progressive Paralyse und paralyseähnliche Krankheitsbilder erstrecken, so komme ich zu folgenden Sätzen:

1. Wir bestätigen in diagnostischer Hinsicht den erheblichen Wert der *Wasssermann*schen Blutserumreaktion für die Psychiatrie im Rahmen der gesamten klinischen Diagnostik und möchten diese Reaktion als ein schätzenswertes diagnostisches Hilfsmittel nicht mehr entbehren.

2. Bei 100 % unserer klinisch sicher gestellten an progressiver Paralyse leidenden Fälle ist die Reaktion positiv gefunden worden, daher der Satz: Keine Paralyse ohne Syphilis, durch unsere

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Untersuchungen in Übereinstimmung mit denen von *Plaut*, *Stertz* und anderen, bestätigt wird; insbesondere hat auch ein Fall von traumatischer Paralyse den Luesnachweis serologisch nicht vermissen lassen.

3. Die Hauptbedeutung der *Wassermann*schen Serumreaktion für die Psychiatrie erblicken wir in ihrer Verwertung bei der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und paralyseähnlichen Erkrankungen. In Fällen, in denen die Diagnose: progressive Paralyse in Frage kommt, läßt nämlich der negative Serumbefund nach der *Wassermann*schen Methode mit größter Wahrscheinlichkeit die paralytische Erkrankung ausschließen. Der positive Befund dagegen spricht in der Regel in solchen Fällen nur für eine Lues, kann aber bisweilen die klinische Diagnose im Sinne der Paralyse beeinflussen. Auch bei negativem Serumbefund ist in derartigen Fällen Lues cerebri nicht ausgeschlossen.

4. Die Erfolge der aus der Serumreaktion bei Geisteskranken sich ergebenden therapeutischen Maßnahmen (vorsichtige Behandlung einer festgestellten Lues, soweit nicht bereits ausgesprochene progressive Paralyse besteht oder alte Defektzustände vorliegen) sind noch abzuwarten.

Diskussion. — *Liepmann*-Dalldorf: Der positive Blutbefund beweist nur, daß der Kranke Lues gehabt hat, gestattet aber nicht die Differentialdiagnose zwischen Paralyse, Lues cerebri und beliebigen Psychosen, die einen früher Luischen betreffen. Nach *Plaut* soll aber der Befund in der Lumbalflüssigkeit die Differenzierung ermöglichen, insofern derselbe bei der Paralyse fast immer positiv, bei Lues cerebri usw. aber meist negativ sei. *L* fragt den Vortragenden nach seinen hierauf bezüglichen Erfahrungen.

Schuster-Berlin: Es kann heute nicht mehr zweifelhaft sein — und auch die interessanten Mitteilungen des Herrn *Edel* beweisen dies aufs neue —, daß die Neurologie an der *Wassermann*schen Reaktion ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel gewonnen hat, und daß auch unsere Auffassung der Ätiologie und Pathogenese der Tabes und Paralyse eine neue wertvolle Stütze gewonnen hat. Unser nächstes Ziel in der Nutzbarmachung der *Wassermann*schen Reaktion muß darin bestehen, womöglich einen Anhaltspunkt für die Beurteilung der wichtigen Frage, ob intensive Hg-Behandlung der Lues vor nervösen Nachkrankheiten schützen kann, zu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewinnen. Die Wichtigkeit einer sichereren Beurteilung dieser Frage, als es durch die Statistik möglich ist, liegt auf der Hand. Es muß jetzt festgestellt werden, ob Paralytiker und Tabiker, die ihre frühere Syphilis intensiv behandeln ließen, sich serologisch anders verhalten als schlecht und gar nicht behandelte. Meine eigenen diesbezüglichen Untersuchungen, die sich allerdings bis jetzt noch nicht auf ein genügend großes Material stützen (etwa 26 serologisch untersuchte Fälle mit genauer Angabe betreffs der Hg-Behandlung), ließen leider einen Einfluß der Hg-Behandlung nicht erkennen, so daß ich hierin eine Übereinstimmung mit dem Resultat meiner statistischen Erhebungen sah, nach welchen die metasyphilitischen Erkrankungen ebenso bei ausgezeichnet behandelten Luikern als bei gar nicht behandelten auftreten. Interessant war mir, daß auch Herr *Edel* keinen deutlichen Einfluß der Hg-Behandlung — wenigstens soweit es sich um solche bei schon ausgebrochener Metasyphilis handelt — sehen konnte. Ich bitte nun den Herrn Vortragenden noch um eine Vervollständigung seiner Mitteilungen, ob er auch auf den Einfluß auf den Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion geachtet hat, welchen die Behandlung der Syphilis selbst etwa ausgeübt hat. Ich würde mich freuen, etwas zu hören, was meinen Skeptizismus in diesem Punkte widerlegen könnte.

R. Ledermann-Berlin hat bisher 71 Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems, darunter 41 Tabes, 18 Paralyse und 11 Lues cerebri, serologisch untersucht. Von diesen 71 Fällen reagierten 57 (= 82,8 %) positiv. Von 41 Tabesfällen war die Reaktion bei 31 (= 75,6 %), von 18 Paralysen (inkl. 3 Tabes-Paralysen) bei 14 (= 77,7 %), von 11 Lues-cerebri-Fällen bei allen (= 100 %) positiv. Unter den 41 Tabesfällen hatten 11 nachweislich Hg-Kuren, 5 bestimmt keine Kuren durchgemacht. In 25 Fällen war Lues früher nicht beobachtet worden und deshalb auch von einer Behandlung nichts bekannt. Von 15 Paralysefällen war nur bei 3 Lues in der Anamnese nachzuweisen. Von 3 Tabes-Paralysen reagierte 1 negativ, in diesem Falle war Lues nachweisbar, zwei Fälle ohne Anamnese reagierten positiv. Außerdem fanden sich in Fällen von multipler Sklerose, Peronaeus-Lähmung und Dementia praecox negative Reaktionen. Redner hält den positiven Ausfall der Reaktion für durchaus beweisend in bezug auf vorangegangene Lues. Negative Reaktion läßt Lues nicht ausschließen und ist nur unter Berücksichtigung aller klinischen Merkmale zu beurteilen. Sie ist besonders im Frühstadium mit Vorsicht zu betrachten, da sie sich nicht selten in eine positive Reaktion wieder umwandeln kann. Erst in späteren Jahren gewinnt sie bei gut behandelten und lange Zeit symptomenfreien Patienten eine prognostisch günstige Bedeutung.

Fritz Lesser-Berlin: Ich habe vor einigen Tagen im Verein für innere Medizin meine Erfahrungen, die ich aus 2000 serologischen Untersuchungen gewonnen habe, [illegible] möchte mir erlauben, hier das kurz heraus-

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zuschälen, was Sie als Psychiater interessiert. Da kommen hauptsächlich die Paralyse und die Tabes in Betracht. Ich habe im ganzen 61 Fälle von Paralyse untersucht, wovon 50 der *Edel*schen Anstalt entstammen. In sämtlichen 61 Fällen war die *Wassermann*sche Reaktion positiv. Tabesfälle habe ich ebenfalls 61 untersucht. 34 zeigten eine positive Reaktion, d. h. 56%. Es besteht also ein auffallender Unterschied zwischen Tabikern und Paralytikern hinsichtlich des Serumbefundes. Ich glaube diesen Unterschied darauf zurückführen zu müssen, daß bei vielen der serologisch untersuchten Tabiker die Tabes schon Jahre und Jahrzehnte bestanden hat und die Syphilis während dieser Zeit zur Ausheilung gekommen sein kann, denn die *Wassermann*sche Reaktion sagt ja nichts über die bestehende Tabes und Paralyse aus, sondern nur über eine etwa noch bestehende Syphilis. Der viel chronischere Verlauf der Tabes im Gegensatz zu dem meist akuten Verlauf der Paralyse bedingt den Unterschied beider Erkrankungen gegenüber dem Ausfall der Serumreaktion. Von den 61 Tabikern gaben 45 in der Anamnese Lues zu, in 16 Fällen wurde Lues negiert. Von diesen letzten 16 Fällen zeigten aber 13 eine positive Reaktion, so daß also nur 3 Fälle mit negativer Anamnese und negativer Serumreaktion übrig bleiben. Von diesen ist ein Fall von Tabes höchst wahrscheinlich auf ein Trauma zurückzuführen. Auf Grund der vorstehenden Ergebnisse trage ich daher kein Bedenken, sämtliche Fälle von Paralyse und alle Fälle von Tabes, für die nicht ein Trauma ursächlich in Betracht kommt, für syphilitischen Ursprungs zu halten.

Als Praktiker wird Sie nun noch die Frage interessieren, ob die mit vielen Quecksilberkuren vorbehandelten Syphilitiker weniger Gefahr laufen, Tabes und Paralyse zu bekommen, als die nur mangelhaft mit Hg vorbehandelten Syphilitiker. Da möchte ich nun zuerst hervorheben, daß alle bisher aufgestellten Statistiken, aus denen eine diesbezügliche Schlußfolgerung gezogen wird, auf einem Trugschluß beruhen. Die Statistiken gehen immer von den Tabesfällen aus; es wird z. B. nachgewiesen, daß von 100 Tabikern 75 nur eine antisyphilitische Kur früher durchgemacht haben, während nur 10 Tabiker mit vier und mehr Kuren vorbehandelt waren. Hieraus wird dann geschlossen, daß mit vielen Kuren vorbehandelte Syphilitiker seltener Tabes bekommen als die schlecht vorbehandelten. Ein offenbarer Trugschluß! Die meisten Syphilitiker machen gar keine oder höchstens eine Kur durch, sie stellen die große Masse dar, und nur eine kleine Schar von Syphilitikern entschließt sich zu vier und mehr Kuren. Es ist aber ganz natürlich, daß von einer großen Masse viel mehr Leute Tabes bekommen als von einer kleinen Schar; eine Stadt von 75 000 Einwohnern wird eben viel mehr Tabiker aufweisen als ein Städtchen von 10 000 Einwohnern. Man muß zur Entschei-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dung der vorliegenden Frage nicht von den Tabikern ausgehen, sondern von den Syphilitikern, und muß nachprüfen, wieviel Leute bekommen Tabes oder Paralyse von mehreren Hundert gut vorbehandelten, und wie viele von mehreren Hundert schlecht vorbehandelten Syphilitikern? Die praktische Ausführung einer solchen Statistik scheint mir nicht möglich, und daher ist auf diesem Wege die vorliegende Frage nicht zu entscheiden. Aber die Serumreaktion hilft uns hier weiter. Es ist festgestellt, daß der größere Teil der Tabiker und sämtliche Paralytiker eine positive Reaktion aufweisen. Wir können daher auch umgekehrt schließen, daß *Syphilitiker mit negativer Reaktion viel weniger* (bzw. gar nicht) *Gefahr laufen, Tabes und Paralyse zu bekommen* als Syphilitiker mit positiver Reaktion. Wenn wir nun bei den ehemaligen Syphilitikern ohne irgend welche klinisch nachweisbaren Erscheinungen, also bei klinisch ganz gesunden Leuten, bei denen die frühere Infektion schon viele Jahre zurückliegt, die gut und schlecht mit Hg vorbehandelten voneinander trennen und nachprüfen, wie häufig ist die Serumreaktion bei den gut vorbehandelten und wie häufig bei den schlecht vorbehandelten Syphilitikern positiv, so ergibt sich folgendes (gut vorbehandelt = mindestens vier ordentliche Kuren; schlecht vorbehandelt = höchstens eine Kur):

gut vorbehandelt: 115 Fälle, davon positiv 44 = 38 %, negativ 62 %,
schlecht vorbehandelt: 53 Fälle, davon positiv 29 = 55 %, negativ 45 %.

Hieraus geht nun zweifellos *ein Unterschied zugunsten einer mehrmaligen Hg-Behandlung* hervor. Sehr bedeutend aber ist der Unterschied nicht zu nennen, wenn man bedenkt, daß die Extreme, ganz schlecht und doch recht gut vorbehandelte Fälle einander gegenüberstehen. Es ist aber zu erwarten, daß die Hg-Behandlung, wofern sie unter Kontrolle der Serumreaktion gehandhabt wird, bessere Resultate zeitigen wird. Ich konnte nämlich an einer großen Versuchsreihe feststellen, daß es durch eine energische, oft länger als bisher üblich fortgesetzte Hg-Kur *fast in jedem Falle* gelingt, die stark positive Reaktion in eine negative umzuwandeln und zum Teil negativ zu erhalten. Es ist kein Zweifel, daß wir oft mit dem, was wir bisher als Norm für eine Kur ansahen, quasi auf halbem Wege stehen geblieben sind; in vielen Fällen war schon vier Wochen nach Aufhören der Behandlung, wenn letztere nicht bis zum vollkommen negativen Ausfall der Reaktion durchgeführt wurde, die Blutreaktion genau so stark positiv wie vor Beginn der Behandlung. *Die* ***Wassermann****sche Reaktion bedeutet also auch einen großen Fortschritt in therapeutischer Beziehung*, insofern als sie uns eine Richtschnur gibt, wie lange wir die begonnene Kur fortzusetzen haben. Auf diese Weise wird es sich sicher erreichen lassen, einen dauernd negativen Blutbefund bei Syphilitikern zu erhalten und damit auch die Häufigkeit des Ausbruches der Tabes und Paralyse bedeutend herabzusetzen.

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Munter-Berlin: In der privaten neurologischen Praxis hat sich, nachdem im Publikum die Kenntnis von der Bedeutung der serodiagnostischen Untersuchung sich verbreitet hat, das Bedürfnis gezeigt, die nächsten Angehörigen der Paralytiker serodiagnostisch zu untersuchen. Vielleicht ist auf diesem Wege eine Prophylaxe gegen die metasyphilitischen Krankheiten zu erreichen. Übrigens hat *Blaschko* bei den Frauen der Paralytiker fast immer positive Reaktion gefunden.

Frenkel-Heiden: Entgegen den Angaben des Herrn *Fritz Lesser* möchte ich bemerken, daß unsere an der Nervenklinik der Charité gewonnenen Zahlen wesentlich andere sind. Ich kann im Augenblick keine präzise Statistik geben, indes dürfte der Prozentsatz der Paralysen, welche positive *Wassermann*sche Reaktion geben, höchstens 80 betragen; bei der Tabes fanden sich ungefähr 40% mit positivem Befund. Ich möchte auch der Meinung des Herrn *Lesser* widersprechen, daß wir in dem Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion eine Richtschnur für die antiluische Behandlung besitzen. Bei positivem Befund wird man sich — falls solche Kuren nicht vor kurzem durchgemacht worden sind — meistens zu einer Kur entschließen müssen, bei negativem Ausfall aber steht doch die Sache ganz anders. Hier muß die Frage auf Grund der gleichen Erwägungen entschieden werden, wie vor der Entdeckung der Komplementbindung. Ich zitiere zur Illustration dieser Ansicht einen kürzlich beobachteten Fall. Bei einem sehr schweren Fall von Tabes, welcher einige Wochen vorher eine Spritzkur durchmachte, entwickelt sich rapid eine totale Fazialislähmung von peripherischem Charakter. Eine energische Schmierkur bringt die Lähmung innerhalb zehn Tagen zum Verschwinden. Die *Wassermann*sche Reaktion ist bei diesem Patienten stets negativ gewesen, und die Unterlassung der Hg-Kur wäre ihm wahrscheinlich unheilvoll geworden.

Schuster-Berlin: Da Herr *Lesser* auf meine im Jahre 1907 veröffentlichten Untersuchungen (D. med. Woch. Nr. 50) hingewiesen hat und gemeint hat, es handle sich bei den statistischen Erhebungen um Trugschlüsse, so bin ich genötigt, hierauf mit einem Worte zurückzukommen. Es würde zu weit ab von dem Thema der Diskussion führen, wenn ich jetzt hier noch einmal ausführlich auseinandersetzen würde (was ich in einer kleinen Polemik in der D. med. Woch. tat), daß von einem Trugschluß nicht die Rede sein kann. Ich will nur betonen, daß ich die Fragestellung meiner Statistik gar nicht frei wählen konnte, sondern gezwungen war, die gleiche Fragestellung zu tun wie die früheren in dieser Frage interessierten Autoren. Denn nur so konnte ich meine Resultate mit denen der übrigen Untersucher — auch *Neisser*s — vergleichen. Außerdem, und das ist gewiß nicht das Unwichtigste, vergißt Herr *Lesser*, daß wir bei einer Statistik nur von d e m Material ausgehen können, welches wir haben, als von den Tabikern, Paralytikern usw. Eine genügend große Anzahl von Luikern, die in der metasyphilisreifen Periode, also etwa


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12 bis 20 Jahre nach der Affektion, stehen, haben die Neurologen nicht zur Verfügung und wahrscheinlich die Dermatologen auch nicht. Herr *Lesser* hat eine Anzahl von fünf Jahre nach dem Primäraffekt befindlichen Syphilitikern zusammengestellt und dabei gefunden, daß sich prozentual bei den gar nicht und bei den gut behandelten Patienten ein kleiner Unterschied in der Häufigkeit der positiven Serumreaktion findet. Ich will die Zahlen des Herrn *Lesser*, trotzdem auch sie nur einen relativ kleinen Unterschied ergeben, gewiß nicht bemängeln. Ich will nur soviel betonen, daß die von Herrn *Lesser* gewonnenen Werte vielleicht in dermatologischer Hinsicht eine Bedeutung haben, jedoch für die Periode der Metasyphilis nichts beweisen können. Einwandfreies Beweismaterial könnte nur geschafft werden, wenn eine genügend große Zahl von Menschen, die 10 bis 20 Jahre früher eine frische Lues gehabt haben, die zum Teil gut behandelt, zum Teil gar nicht behandelt worden wären, sowohl serologisch als auch auf das Bestehen von Metasyphilis untersucht würden. Ich will zum Schluß noch bemerken, daß ich selbstverständlich die von Herrn *Lesser* und anderen geforderte statistische Fragestellung theoretisch als die idealere ansehe, daß ich sie aber aus den angeführten Gründen — aus dem Mangel an korrektem Ausgangsmaterial — praktisch für undurchführbar halte.

Döblin-Berlin hält die theoretische Schlußfolgerung des Ref.: „keine Paralyse ohne Lues", aus dem Satze: „keine Paralyse ohne *Wassermann*sche Reaktion", solange für nicht genügend gestützt, als die Spezifität eben dieser Reaktion für Lues nicht gesichert ist. Fraglos ist einerseits, daß sie keine spezifische Reaktion nach Art der Immunitätsreaktionen darstellt, daß es sich bei ihr nicht um die durch das Komplement vollzogene Bindung zwischen einem Antigen und seinen Antikörper handelt, da ja bekanntlich normales Leberextrakt und Herzmuskelextrakt gleiche Dienste wie das syphilitische Extrakt leistet, und andererseits bestreiten positive Befunde bei Dourine, Trypanosoma gambiense, von der Scharlachfrage abgesehen, die Eindeutigkeit der Reaktion. So gewiß dadurch ihr praktischer Wert nicht verringert wird, so läßt sich doch nur sagen: der positive Befund sichert in unserer Zone die Diagnose Lues oder Tabes oder Paralyse, und legt eine Beziehung dieser Erkrankungen zu einander nahe. Gesichert ist nicht Lues, sondern Lues, Tabes oder Paralyse; es ist nämlich ebenso unbekannt, welchen Körper man bei der Reaktion feststellt, wie seine Beziehung zur Lues; da er aber auch bei Tabes und Paralyse sich findet, so bedeutet die Bezeichung der Reaktion, wo nach der Beziehung der Lues zur Paralyse erst gefragt wird, als Luesnachweis eine petitio principii. Man könnte vielmehr, da 100 Prozent positive Befunde sich bei Paralyse finden, dagegen weit weniger bei Lues, eher von einer Paralysereaktion sprechen und fragen, was das Vorkommen positiver Befunde bei Lues bedeute. Die Reaktion befähigt in gewissen Fällen die Diagnose Paralyse zu führen, sagt aber nichts über die luische Ätiologie aus.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Max Edel: Die Diskussion hat im wesentlichen übereinstimmend den hohen diagnostischen Wert des *Wassermann*schen Verfahrens bestätigt. Wenn Herr *Frenkel* auch bei Paralyse nur 80 % positiven Ausfall feststellen konnte, so erkennt er doch auch den diagnostischen Wert der Methode an. Über die therapeutischen Richtschnuren, welche sich aus ihr ergeben, habe ich mich selbst vorsichtig ausgedrückt. Herr *Schuster* hat einen nihilistischen therapeutischen Standpunkt auf Grund seiner Beobachtung gewonnen, daß gut mit Hg vorbehandelte Tabesfälle ebenso häufig wie nicht oder schlecht vorbehandelte positiv reagieren, und daß ein Einfluß von mehr oder minderen antisyphilitischen Kuren auf die Entwicklung von Tabes oder Paralyse nicht zu erkennen wäre. Ich glaube, daß der Grad der Infektion dabei mit in Betracht gezogen werden muß. Denn schwer infizierte Fälle machen naturgemäß schwerere syphilitische Erscheinungen und veranlassen häufigere intensive Kuren. Es erscheint mir erklärlich, wenn in einem Teil dieser Fälle eben wegen der schwereren Infektion die Serumreaktion trotzdem positiv bleibt und früher oder später Tabes oder Paralyse hinzukommt. Was die von Herrn *Liepmann* angeregte Frage der Lumbalpunktion betrifft, so bedürfen wohl die vergleichenden Untersuchungen an Blut und Spinalflüssigkeiten noch weiterer Nachprüfung. Ich behalte mir aber vor, in geeignet erscheinenden diagnostisch zweifelhaften Fällen die Lumbalpunktion zur Beurteilung heranzuziehen. Herrn *Munter* erwidere ich, daß ich beabsichtige, die Ehegatten der erkrankten Paralytiker serologisch soweit als möglich gleichfalls zu untersuchen. Ein Mann einer an Paralyse leidenden Frau hatte negativen Blutbefund; es stellte sich heraus, daß die Frau vor der Ehe mit diesem Mann sich anderweit infiziert hatte. Auf den Einwand, welcher gegen den Schluß gemacht wurde: „keine Paralyse ohne Lues", erwidere ich, daß die *Wassermann*sche Methode die bereits durch die Statistik nachgewiesene große Beteiligung der Lues an der Vorgeschichte der Paralyse nur bekräftigt hat. Da eine positive Reaktion einstimmig als Beweis für eine frühere Lues angesehen wird und wir in sämtlichen Fällen von Paralyse eine positive Reaktion gefunden haben, so tragen wir keine Bedenken, unsere Fälle von Paralyse sämtlich auf Syphilis ursächlich zurückzuführen. Allseitig ist zugegeben, daß ein außerordentlich großer Prozentsatz der Paralysen positiv reagiert, und damit ist ein Zusammenhang der Paralyse mit der Lues in den allermeisten Fällen festgestellt, mag dieser Zusammenhang nun ein direkter oder mehr indirekter sein. Der Ansicht gegenüber, daß ein negativer Ausfall der Blutuntersuchung nur mit Vorsicht zu verwerten ist, möchte ich gerade hervorheben, daß die Paralyse eine Sonderstellung einnimmt. Während im allgemeinen darin Einigkeit herrscht, daß der negative Befund keinen sicheren Schluß zuläßt, spricht gerade der konstant positive Befund bei der Paralyse dafür, daß bei Verdacht auf Paralyse eine negative Reaktion gegen die Annahme einer Paralyse zu verwerten ist. Ich bemerke noch-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mals, daß Herr *Lesser* und wir ganz unabhängig voneinander gearbeitet haben. Es wurde voraussichtlich syphilitisches und nicht syphilitisches Material untereinander ohne Bezeichnung der Diagnosen an Herrn *Lesser* geschickt, und es war geradezu überraschend, wie in jedem Fall von Paralyse prompt der positive Ausfall der Reaktion gemeldet wurde.

Ich schließe mit dem Dank an die Herren für die rege Beteiligung an der Diskussion.

Kapff-Fürstenwalde: Fürsorge bei Alkoholkranken.

Fürsorge für Alkoholkranke schließt alle zur Heilung wie zur Bewahrung bestimmten Maßnahmen privater und öffentlicher Natur in sich ein. Die Trunksucht ist heilbar. Der Trinker kann selbst im vorgeschrittenen Stadium in vielen Fällen geheilt werden; das steht fest und ist tausendfach bewiesen. Sonst müßte die Fürsorgebestrebungen der Schatten des Pessimismus völlig kalt stellen. Das soziale Elend, das der Alkoholismus bedingt, ist viel größer, als die Zahlenwerte ausdrücken; denn diese schweigen vom Elend der oberen Zehntausend und verschweigen manchen still betätigten Heroismus einer in Notstand geratenen Mutter. Auf den Fürsorgestellen löst sich die Zunge und verrät sich manche Klage dem Arzte, die noch nie in die Außenwelt gelangte.

Haben wir denn eine Trinkerfürsorge nötig? *Schäfer* hat für Preußen zwei Anstaltsbedürftige auf 10 000 Einwohner angegeben, und erst jüngst hat in der Versammlung des Vereins bayrischer Psychiater zu Erlangen *Rehm*-Neufriedenheim diese Zahl auch für Bayern als zutreffend bestätigt; es wären nach seiner Berechnung 1300 Anstaltsbedürftige für ganz Bayern, für Preußen würde es etwa 7000 anstaltsbedürftige Alkoholiker ausmachen. Diese Zahl stimmt mit den *Waldschmidt*schen Berechnungen überein, die 6514 Anstaltsbedürftige feststellten. Im Jahre 1905 wurden nach der preußischen Statistik nicht weniger als 3517 männl. und 332 weibl. an Delirium tremens leidende Personen in die Irrenanstalten aufgenommen. Erwähnen will ich noch, daß unter 1189 Korrigenden in der Zwangsarbeitsanstalt in St. Georg bei Leipzig 88,9 % als ausgesprochene Säufer festgestellt wurden, und daß reichlich 70 % aller Arbeitshäuslinge als Trinker anzusprechen sind. 24,7 % der Zuchthaussträflinge sind nach dem statistischen Jahrbuch für den preußischen Staat pro 1905/06 Gewohnheitstrinker ärgster Sorte, ebensoviel Frauen. Die vielen „mehr weniger Alkoholkranken“ sind nicht berechnet. Wir reden von anstaltbedürftigen Alkoholkranken, d. h. von Endstadien des chronischen Alkoholismus und a priori alkoholintoleranten Gehirnen und ignorieren zunächst die Anfangs- und Mittelstadien. Und doch muß die Fürsorge bei einer auf allmählicher chronischer Vergiftung beruhenden psychischen Krankheit nicht bloß die irreparablen Träger, sondern auch und in erster Linie die Stadien berücksichtigen, wo die pharmakodynamischen Wirkungen des Alkohols sich noch ausgleichen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lassen. Es fallen also einer Trinkerfürsorge unendlich vielmehr Kranke zu. Während in allgemeinen Krankenhäusern 1879: 12,863 Kr. mit chron. Alkoholismus aufgenommen wurden, betrug die Zahl für 1900: 48,959 d. h. das Vierfache. Eine gleich starke Zunahme weisen Herz- und Nervenkrankheiten auf: von 15,017 resp. 58,981 im Jahre 1878/79 auf 61,004 resp. 200,303 (i. J. 1900). Gerade der Prophylaxe wird sich die Fürsorge erst recht widmen, sie wird vorbeugend heilen und bewahren wollen und müssen. Während die private Wohlfahrtspflege bisher auf dem Gebiete der persönlichen wie allgemeinen Alkoholfrage sich in gleichem Maße zu betätigen suchte, hat es der Staat an eingreifenden Maßnahmen allgemeiner Natur noch gänzlich fehlen lassen, während er die Person des Trinkers schon schärfer ins Auge gefaßt hat und Eingriffe in die persönliche Freiheit ermöglicht. § 361, Ziffer 5, des Reichsstrafgesetzbuchs sagt uns: „Mit Haft wird bestraft, wer sich dem Spiel, Trunke oder Müssiggang dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalt oder zum Unterhalt derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß.“ Die Landespolizeibehörde, der er nach verbüßter Strafe übergeben werden kann, erhält nach § 362 die Befugnis, die verurteilte Person entweder bis zu zwei Jahren in ein Arbeitshaus zu bringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Die strafrechtliche Fürsorge für Trinker besagt also, daß hilfsbedürftige Alkoholiker behandlungsbedürftig sind, daß sie zwei Jahre lang in Arbeitshäuser zwangsweise eingewiesen werden können. Nach *Endemann* wird dieser Paragraph so gut wie gar nicht angewandt, und *Herzstein* wendet sich in seiner juristischen Dissertation gegen den § 361 Ziff. 5 des DRStG.; er meint, „das Reichsstrafgesetzbuch, das im Banne des von veralteten Rechtsanschauungen durchtränkten alten preußischen Strafgesetzbuchs von 1851 stehe, entspräche nicht der modernen Auffassung von der Person des Trinkers. Der Trunksüchtige ist krank. Eine Krankheit als solche ist nicht strafbar.“ Jedenfalls möchte ich nicht unterlassen, nachdrücklichst auf diesen Paragraphen hinzuweisen, weil Psychiater und Ärzte wie Laien immer wieder der Meinung sind, die zwangweise Verbringung von Trunksüchtigen in die Trinkerheilanstalten und die Zurückhaltung gegen ihren Willen falle ganz aus dem gesetzlichen Rahmen heraus und sei lediglich von einer einseitig übertriebenen Auffassung des psychiatrischen Begriffs „Trunksucht“ diktiert. Nach öffentlichem Rechte steht ferner in Preußen der Verwaltungsbehörde die Befugnis zu, einem dem Trunke verfallenen Menschen zum „Trunkenbold“ zu erklären und demgemäß den Gastwirten die Verabreichung von Branntwein an diesen zu verbieten. Diese Bestimmung hat praktisch sehr wenig Wert, da sich der Trinker durch allerlei Hintertüren immer mit seinem geliebten Getränke zu versorgen weiß. Mehr Sinn hätte die Uneinklagbarkeit der Trink-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schulden. Besonders Dipsomanen werden oft in ganz unverschämter Weise ausgebeutet. Der Wirt kennt häufig ganz genau die Perioden des Trunksüchtigen und wendet danach seine verführerischen Künste an.

Die wichtigste Fürsorge ist die zivilrechtliche. Wichtig nicht nach dem praktischen Erfolge, sondern nach dem Geiste, der aus ihr spricht. Die Entmündigung wegen Trunksucht, § 6 des Bürgerl. Gesetzbuches, Abs. 3, hat ganz und gar nicht das gehalten, was man von ihr erhoffte. In Deutschland waren es 1901: 852 Personen; in Preußen 528 Personen, die entmündigt wurden wegen Trunksucht. Wegen Geisteskrankheit und -schwäche waren es 1901: 3537 Personen in Preußen; 6999 in Deutschland. In Trinkeranstalten waren nur 68 untergebracht, während in der Schweiz mit 3½ Mill. Einwohner 1899: 2400 Personen in Spezialanstalten für Alkoholkranke sich befanden.

Wichtig ist der Geist des § 6 Abs. 3 BGB., denn er faßt den Trunksüchtigen als Kranken auf und stellt ihn auf eine Stufe mit den Geistesschwachen. Es hat damit wenigstens der Versuch einer großzügigen Trinkerfürsorge begonnen; man hat sich in der Wirkung und den praktischen Konsequenzen der gesetzlichen Bestimmung geirrt; der Ton ist auf „Fürsorge" gestimmt. Heute weiß man ganz genau, daß eine Behandlung eines nach § 6, Abs. 3 entmündigten Trinkers ein Unding ist und meist zu spät kommt, daß eine Verquickung der Heilfürsorge mit der Entziehung bürgerlicher Rechte praktisch unhaltbar ist. Das norwegische Gesetz vom 28. Nov. 1898, § 1, nennt als Grund zur Bevormundung Geistesschwäche oder Geistesverwirrung oder Hang zur Trunkenheit. *Schäfer* meint, wenn in der Fassung und dem Wortlaut des § 6 Abs. 3 die Trunksucht nicht ausdrücklich gemeint wäre, so würde man sicher annehmen, es sei hier von Geisteskranken die Rede. Die schweizerischen Fürsorgegesetze der Kantone St. Gallen, Thurgau lassen durch Gutachten eines Amtsarztes oder kantonalen Irrenarztes solche Personen, die sich gewohnheitsmäßig dem Trunke ergeben, auf sechs bis zwölf Monate zwangweise der Trinkerheilanstalt zuweisen. Das Gesetz von Basel-Stadt ebenso; nur sind die Voraussetzungen andere; sie lauten ziemlich ähnlich unserem § 6 Abs. 3; anstatt aber die Entmündigung auszusprechen, tritt eine Heilfürsorge ein. Durch diesen Akt ist unserem modernen Empfinden Genüge getan. Der Trunksüchtige wird gleich einem geistig Erkrankten behandelt und der Heilanstalt übergeben. Wenn wir uns den Inhalt des § 361 Ziff. 5 des Reichsstrafgesetzbuches vergegenwärtigen, wenn wir bedenken, daß das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und die ergänzenden Landesgesetze auf dem Prinzip aufgebaut sind, daß Personen, deren Krankheitszustand die Allgemeinheit gefährdet, der Absonderung und Heilbehandlung nach medizinischen Grundsätzen unterworfen werden sollen, wenn wir dazu die Zwangsbestimmungen des



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900, — im Jahre 1902 waren übrigens unter 7787 Fürsorgezöglingen unter 18 Jahren 52 Trinker — des Krankenversicherungsgesetzes, des Unfallversicherungs-, Invalidenversicherungsgesetzes nehmen, so werden wir uns nicht wundern, wenn die Stimmung für den Trunksüchtigen, vor dem die Allgemeinheit nie sicher ist, der einem Infektionsherd mit gefährlichen antisozialen Ausstrahlungen gleicht, allmählich umschlägt und der Gedanke des Schutzes der Allgemeinheit Oberhand gewinnt.

In diesem Sinne war der historische Antrag des Grafen *Douglas* im Preußischen Abgeordnetenhaus vom 11. Juni 1902 gehalten, der einmütig angenommen wurde. Die Staatsregierung sollte nach ihm öffentliche Anstalten für Trunksüchtige errichten. Für unbemittelte Trinker sollte ein dem Gesetze vom 11. Juli 1891, das die Unterstützungspflicht der Kreis- und Landarmenverbände bei Geisteskranken, Idioten und Epileptischen, Blinden und Taubstummen regelt, angepaßtes Verfahren in Erwägung gezogen werden. *Colla, Endemann, Kappelmann* haben in der Folge ausgezeichnete Gesetzentwürfe ausgearbeitet. Es ist aber wieder stille geworden; die Begeisterung ist abgeflaut; andere Volkskrankheiten haben das Interesse absorbiert. Zum Glück hat die private Fürsorge, haben die Mäßigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine ihre Tätigkeit nicht eingestellt, sondern ruhig, aber stetig weiter gearbeitet, so daß mir doch scheinen will, als ob die Saat jetzt langsam aufgehen wird. Es mehren sich die Anzeichen dafür, daß die Bekämpfung des Alkoholismus im Volke immer mehr Entgegenkommen findet, und daß die Auffassung des Trunksüchtigen als Kranken einzelne Organe der sozialen Tätigkeit befriedigt und interessiert.

Die Krankenkassen, die Armenverwaltungen, die Landesversicherungsanstalten sind ganz erheblich durch den Alkoholismus belastet. Sie haben ein großes Interesse an einer rationellen Trinkerfürsorge. Die Orts- und Kreisarmenverbände haben zwar heute noch keine gesetzliche Pflicht der Fürsorge für ihre Trunksüchtigen, und doch sahen sie sich genötigt, infolge der Häufung der Ansprüche dazu Stellung zu nehmen. Schon 1899 forderte *Struckmann* in einer Herrenhausrede, es müsse eine gesetzliche Verpflichtung hergestellt werden zur Beschaffung der erforderlichen Mittel für die Aufnahme der mittellosen Entmündigten in eine Heilanstalt, für die ebenso zu sorgen ist wie für einen Armen, dem es am Notwendigsten fehlt. Dieser Gedanke wurde 1901 in der in Lübeck gehaltenen Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit wieder aufgenommen und dahin präzisiert: „Soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit darstellt und zugleich Hilfsbedürftigkeit vorliegt, ist es grundsätzlich Pflicht der Armenverbände, gegebenenfalls der Landarmenverbände, für genügende Heilbehandlung der Kranken zu sorgen. Bürgermeister *Ludwig* aus Neunkirchen (Kreis Trier), einer Gemeinde, die diese


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pflicht praktisch erfüllt, schreibt hierzu: „Nach den diesseitigen Erfahrungen kann jede nur einigermaßen leistungsfähige Gemeinde die Heilung von Trinkern unbedenklich übernehmen, da die zu machenden Aufwendungen reichlich wieder einkommen. Auch Mißerfolge in dem einen oder anderen Falle brauchen hiervon nicht abzuschrecken.“ Und Stadtrat *Rat* aus Dortmund meint: „Was die Armenverwaltung in der Trinkerfürsorge im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung leisten kann, das ist die Beseitigung des Trinkers aus der menschlichen Gesellschaft und seine Unterbringung in einer Anstalt. Er muß seiner Familie entzogen werden. Dieses Verfahren ist viel billiger, als wenn sie jeden Augenblick mit Delirium behaftet in das Krankenhaus eingeliefert werden, samt der Familie fortwährend mit Armenunterstützung versorgt werden müssen und durch ihr schlechtes Beispiel eine neue Generation von Kostgängern der Armenpflege großziehen.“

Es sind mir in der Fürsorgestelle schon mehrmals Kinder von einem trunksüchtigen Vater durch die Mutter zugeführt worden, die an Veitstanz und Hysterie litten, die Mutter kam aus der Nervenerschöpfung nicht heraus, weil der Vater den ganzen Haushalt umkehrte und niemand ruhen ließ. Es ist eine ethische und soziale Pflicht, den Ruhestörer zur Behandlung und Bewahrung der Spezialanstalt für Alkoholkranke zuzuführen. *Münsterberg* bedauert, daß die Armendirektionen den Heilanstalten gegenüber eine sehr ungünstige Stelle einnähmen, weil sie naturgemäß mit den Fällen der Trunksucht meist erst bekannt würden, wenn eine Heilung kaum mehr möglich oder sehr schwierig ist. Demgegenüber kann ich versichern, daß schon mancher von Armendirektionen Eingewiesene wiederhergestellt wurde, und daß die Eliminierung eines die Familie täglich irritierenden und gemeingefährlichen Individuums eine Pflicht der Humanität ist, abgesehen davon, daß die Frau und Kinder infolge ihrer Festlegung durch den brutalen Egoisten von Säufer an ihrer Arbeit verhindert werden und nichts verdienen können. Auch die Krankenkassen haben ein wesentliches materielles Interesse an der Fürsorge für Alkoholkranke, und sie üben sie teilweise in weitgehendem Maße und konsequent durch Einweisung in die Spezialanstalt für Alkoholkranke aus. Ihre Beteiligung nimmt immer mehr zu. Ein Vertreter der Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen ließ sich in der Jahresversammlung des deutschen Vereins gegen Mißbrauch geistiger Getränke 1907 in Posen folgendermaßen aus:

„Die Krankenkassen haben ein direktes Interesse an der Bekämpfung des Alkoholismus, weil sie ja für eine ganze Reihe von Krankheiten, die auf den Mißbrauch des Alkohols zurückzuführen sind, Krankengeld zahlen müssen. Sie haben daher alle Ursache, vorbeugend zu wirken.“ Der deutsche Verein schloß sich in einer Resolution ihm an. Und noch mehr kommen bei dieser Prophylaxe die Invaliditäts- und Al-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tersversicherungsanstalten in Betracht. Das Reichsversicherungsamt hat in seinem Rundschreiben vom 17. Juli 1906 die Notwendigkeit und die Mittel des planmäßigen Vorgehens der Versicherungsanstalten gegen die Alkoholkrankheit nachgewiesen. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz ließ im Jahre 1906: 34 Männer und 3 Frauen in sechs verschiedenen Trinkerheilstätten behandeln, ungerechnet 8 unerledigte Heilverfahren aus dem Jahre 1906. Die Landesversicherungsanstalt Schlesien hat in der Sitzung ihres Gesamtvorstandes vom 30. Oktober dieses Jahres beschlossen, an Vereine und Korporationen, die sich der Fürsorge für Trunksüchtige widmen, Beihilfen zu gewähren, wenn sie a) einen Fürsorger annehmen, der das Aufsuchen zur Unterbringung in eine Heilanstalt geeigneter trunksüchtiger Versicherter mit Erfolg betreibt, b) Trinkeranstalten errichten, in die trunksüchtige Versicherte Aufnahme finden können." Ja, das Drängen nach richtiger sachgemäßer Anstaltsbehandlung von Alkoholkranken ist so stark, daß ein Pastor *Köhler*, der allerdings als Leiter einer Anstalt Sachverständiger ist, vorurteillos „stete Ausgestaltung der Heilanstalten nach der sanitären Seite zu modernen Heilanstalten im Sinne der Versicherungsanstalten, fachärztliche gediegene, psychiatrische Versorgung neben tatkräftiger seelsorgerlicher, religiös-sittlicher Behandlung und Führung, zweckentsprechende Sonderung der Trinker in offene und geschlossene Anstaltshäuser" empfiehlt und dafür eintritt. Diese moderne Auffassung eines Pastors dürfte manchen Arzt beschämen, der über diese Fragen nur die Achsel zuckt. *Rehm*-Neufriedenheim empfahl den bayrischen Psychiatern in seinem Vortrage über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge offene und geschlossene Anstalten für Alkoholkranke. Die private Initiative habe sich viel zu schwach erwiesen; die öffentlichen Gewalten müßten eingreifen. Eines neuen Gesetzes bedürfe es nicht, das Landratsgesetz biete genügende Handhaben. Die maßgebenden Faktoren müßten nur lernen, den Trinker als Kranken aufzufassen und ihre Fürsorge mehr der Prophylaxe zuwenden. Die Irrenanstalten sollten in organisatorischem, aber nicht räumlichem Zusammenhang Dependancen für Trunksüchtige angliedern, wie es in Dösen und Frankfurt a. M. schon geschah. Meine Herren! Es kann kein Zweifel bestehen, daß sich in der praktischen Psychiatrie auf dem Gebiete der Trinkerfürsorge Revolutionen vollziehen und daß die Auffassung immer mehr an Boden gewinnt: der Alkoholkranke bedarf einer Spezialbehandlung in besonderen Anstalten. Ich möchte nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß es mit der Abstinenz allein nicht getan ist, obwohl sie die Conditio sine qua non bildet; sonst müßten die Zuchthausgefangenen, die Entlassenen aus Arbeiterkolonien und andere unfreiwillig der Abstinenz unterworfene Menschen von selbst lediglich infolge des Zwanges der Entwöhnung viel öfter dauernd genesen. Dem ist nicht so. Vielmehr kommt es darauf an, in welcher



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Form, in welchem Milieu, mit welcher Absicht ich die abstinente Kost anbiete, ob die Heilsuggestionen kräftig und individuell angepaßt sind, ob dadurch heilkräftige positive Vorstellungen erweckt werden, ob eine vertrauenerweckende, innerlich von der Abstinenz überzeugte Persönlichkeit mit ihrem Willen den Willen und die Vorstellungskreise der Kranken lenkt und in ihre Bahnen zwingt; am Willen zum Helfen, am Vorleben, am Erleben, am Geist, der die Anstalt durchdringt, an dem familiären Charakter, an der einheitlichen straffen und doch wohlwollenden Organisation liegt es. Der Kampf der Suggestion gegen die Autosuggestion erfordert volle Hingebung des Arztes wie des gesamten Personals. Die einfache Negation des Trinkens heilt nur selten. „Nur wenn dem Menschen eine neue Idee gezeigt wird, die Gewalt hat über die seine, kann er erneuert und weitergeführt werden", sagt *Emerson*. Deshalb rate ich, nicht zu rasch und vor allem nicht zu mechanisch vorzugehen bei der Abzweigung von Trinkerdependancen, sondern empfehle selbständige, mit der Kraft der Autorität und der Originalität wirkende Spezialanstalten. Man berücksichtige die geistige, die psychologische Seite der Therapie neben der somatischen. Die Erfolge der Trinkerheilanstalt sind vorwiegend Persönlichkeitserfolge und Erfolge langsam erobernden und im Kleinkriege sich abmühenden Fleißes; Geduld, Konsequenz, Ausdauer, Mut, Selbstvertrauen, starke Willenstätigkeit üben heilende Wirkung aus. Daher trifft ein gelegentliches Besuchmachen des Arztes den Kernpunkt der Therapie nicht. Die Kranken wollen ihren Arzt leben sehen, an seiner Lebensweise, an seinem Tun und Lassen sich aufrichten. Dann fällt allmählich ein Vorurteil nach dem andern, das Beispiel ist alles. Je höher das Vorbild steht, desto nachhaltiger die Wirkung. Hat der richtige Geist sich eingebürgert, dann pflanzt er sich von selbst fort und bedarf nur der gelegentlichen Anfrischung und Erinnerung. Wohl der Anstalt, die heilkräftige Massensuggestionen auf diesem persönlichen Wege erzeugt und weitergibt. *Delbrück* macht darauf aufmerksam, daß die Trunksucht sowohl durch das Mittel der Religion von orthodoxen Geistlichen wie durch andere psychische Beeinflussung von freisinnigen Ärzten und Laien mit vollständigem Erfolge bekämpft werde. Diese Tatsache beweise, daß es weder auf den spezifisch religiösen noch auf den spezifisch medizinischen Standpunkt ankommen kann. Wenn er aber weiter sagt, es sei in diesem Sinne falsch, die Behandlung der Trunksucht in erster Linie als Domäne der medizinischen Fakultät zu bezeichnen, so mag dies für den heutigen Stand der Trinkerfürsorge gelten, für fortschrittlich, für den Ausbau einer allgemein staatlichen Fürsorge der Zukunft genügend kann ich diese Auffassung nicht erklären. Ist ein Arzt mit der Alkoholfrage vertraut, besitzt er aktiven persönlichen Magnetismus und kann er sich in die Seele des Trunksüchtigen hineinversenken, so kann doch kein Zweifel bestehen, daß Er, aber nur Er, in seiner Eigenschaft, mit seiner Vorbildung als Arzt, imstande ist, sämtlichen



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anforderungen gerecht zu werden bei einem Leiden, das als Krankheit erkannt ist. Die Universalität seiner Bildung, seines Wissens, seiner Beobachtung und seines Urteils, die objektiv naturwissenschaftlich-anthropologische Auffassung, die natürliche, von Einseitigkeit sich fernhaltende Methode der Behandlung, die Befähigung zur Diagnosenstellung und Individualisierung muß ihm für die Zukunft bei der Leitung von öffentlichen Trinkeranstalten, bei der Behandlung von Alkoholkranken ohne weiteres den Vorrang sichern; abgesehen davon, daß er der einzige ist, der in einer Person psychotherapeutisch behandeln, körperliche Leiden heilen, diagnostizieren und begutachten kann und andere überflüssig macht. Nirgends aber tut Zentralisierung und Vereinheitlichung neben Sachkenntnis mehr not wie bei der Alkoholikerbehandlung. Zudem fand *Kielholz* in der Pflegeanstalt Rheinau unter 41 als Alkoholiker in die Anstalt aufgenommenen Patienten nur vier reine primäre Alkoholisten; alle andern waren mit Psychosen kompliziert. Es kann ein Laie zwar solche psychotischen Fälle menschlich beeinflussen, eventuell sie sogar, zufällig den rechten Weg erratend, rein instinktiv heilen; aber er kann sie nicht methodisch behandeln, weil er sie nicht nach ihrer prognostischen und diagnostischen Tragweite beurteilen kann. Der Angliederung der Trinkerheilanstalten an Irrenanstalten drohen gewisse Gefahren besonders in der Überschätzung der einfachen Abstinenzwirkung. Daß wir vorwärts kommen in der Trinkerfürsorge, beweist auch das Aufblühen der Trinkerfürsorge- und Auskunftsstellen. Man drängt aus allen Kreisen zur Aktivität und zur Selbsthilfe und arbeitet dadurch dem Trinkerfürsorgegesetz vor, das die Spitze des Gebäudes bilden soll, dessen breites Fundament vorläufig in privater sozialer Tätigkeit beruht. Die vorbeugende Individualfürsorge für Trinker will helfen durch persönliche Einwirkung auf die Alkoholkranken und deren Angehörige, durch Aufklärung, Rat und Tat, Zuweisung an Enthaltsamkeitsvereine und Spezialanstalten. In die Familie soll Ordnungssinn hineingetragen werden, die Frau soll ihren Mann zum Abgeben des Lohnes mit Hilfe der Fürsorgestelle veranlassen.

Die Polizeiverwaltung Herford hat zum ersten Male, veranlaßt durch den Trunksuchtentmündigungsparagraphen, seit 1. Oktober 1900 systematisch einen Feldzug gegen die Trunksüchtigen eröffnet, indem sie eine genaue Trinkerliste führte, die Frauen zitierte. Den Trinkern wurden die Aussagen der Frauen vorgehalten, sie mußten unterschreiben. Ermahnung, Verwarnung, Androhung der Entmündigung wurden angewandt. Von 228 Trinkern in fünf Jahren blieben 31 völlig enthaltsam. In ähnlicher Weise ging Harburg vor; die Polizeiverwaltung ließ die Trunkenbolde sogar photographieren und ihr Bild den Wirten zustellen. Ganz anders griffen Bielefeld, Dortmund, Erfurt, Bromberg die Sache an. Bielefeld rief eine amtliche Trinkerfürsorge ins Leben, mit der Aufgabe, die von der Polizei zugewiesenen Familien der


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trinker zu beraten, die Trinker zu verwarnen, für die Familie zu sorgen. Die Leitung liegt in der Hand einer Frau, die zahlreiche Gehilfinnen als ehrenamtliche städtische Organe hat, sich mit der Waisenpflege und vielen Vereinen in Verbindung setzt. In Dortmund wiederum befaßt sich der Dezernent für das Armenwesen in Sprechstunden persönlich mit den Trinkern. In Bromberg arbeitet die Trinkerfürsorge nach Dr. *Knust* nach ärztlichen Gesichtspunkten; die Art und Weise der Bromberger Fürsorge entspricht ungefähr der in Berlin seit Oktober 1908 gehandhabten Methode. Es mögen heute schon bald 30 größere Städte sein, die sich, jede auf ihre Art, mit Auskunft- und Fürsorgestellen befassen. Lankwitz, Schöneberg, Rixdorf sind an der Arbeit, Charlottenburg wird die Arbeit dem Berliner Zentralkomitee übertragen. Ohne an den Einzelheiten Kritik üben zu wollen, da geeignete Persönlichkeiten oft imstande sind, Fehler der Methode und des Prinzips kaum fühlbar zu machen und jede Stadt ihr Lokalkolorit tragen muß, glaube ich nur so viel sagen zu können, daß im allgemeinen eine einseitig polizeiliche Behandlung nicht nachahmenswert erscheint, ebensowenig eine Fürsorge lediglich in den Händen der Armenverwaltung, da der Alkoholismus eine Krankheit mit verschiedenen Graden ist, die in allen Ständen vorkommt und der Behandlung nicht erst bedarf, wenn die Familie des Kranken der Armenpflege anheimfällt. Als halbamtliche Einrichtung unter ärztlicher Leitung und reger Beteiligung der Armenämter, Polizeiämter, Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Enthaltsamkeitsvereinen wird die Fürsorgearbeit entschieden dauernde Leistungen aufweisen und zugleich sich leicht allen Verhältnissen anpassen können. Es ist Konsequenz, wenn man die Beratung von Kranken einem Arzte überträgt. Und tatsächlich kommen Alkoholkranke aller Stadien nicht so ungern zum Arzte, vertrauen sich ihm an, während sie andere Berater nicht so leicht für berufen ansehen werden, um ihnen das Herz und die Geheimnisse ihrer Seele ganz auszuschütten. Auch ist die populäre Bedeutung der ärztlich geleiteten Fürsorgestelle nicht zu unterschätzen. Auf diesem Wege lernt das Volk den Alkoholismus als Krankheit erkennen. Es will Ärzte sehen, die öffentlich und praktisch diese Auffassung vertreten. Das ist auch ein Hauptgrund neben andern Gründen, warum ich die als Dependencen an Irrenanstalten angegliederten Trinkeranstalten nicht empfehle.

Entsprechend der spezifischen und eigentümlichen klinischen Physiognomie, die der psychische Alkoholismus bietet, ist eine selbständige, eigenartige, dem Volke sich nach außen als charakteristisch präsentierende Heilstätte vorzuziehen. Jede auf eigenen Füßen stehende Heilanstalt für Alkoholkranke predigt das Dogma: Die Trunksucht ist eine Krankheit und heilbar, und liefert dadurch einen Baustein für das kommende Trinkerfürsorgegesetz.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Berliner Fürsorge ist von einem Zentralkomitee eingerichtet unter der Leitung von Herrn Dr. *Waldschmidt*. Noch ist alles in den Anfängen. Tastend suchen wir überall vorwärts zu kommen, streben den Anschlüssen an die Krankenkassen, Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Armenverwaltungen, Wohlfahrts-, Enthaltsamkeitsvereine, Polizei- und Justizbehörden zu, teilweise schon mit Erfolg. Die Richtungslinien sind konsolidiert. Vom 1. Oktober 1908 bis 1. Dezember 1908 haben die drei Journale der Fürsorgestellen, denen die Herren Dr. *Bratz*, Dr. *Falkenberg* und ich vorstehen, 211 Nummern aufzuweisen, die 123 ratsuchende Personen repräsentieren. Davon wurden 10 den Guttemplern zugewiesen, 4 nach Krankenhäusern, 12 nach Waldfrieden, 2 nach Herzberge, 1 der Irrenklinik der Charité eingewiesen. 4 mal kamen Armendirektionen für die Kosten auf, 3 Fälle wurden der Landesversicherungsanstalt vorgeschlagen zur Heilfürsorge, 3 Fälle (2 Frauen, 1 Mann) wurden Nervenärzten zur Hypnose zugewiesen. Brieflich wurde 3 mal nach außen Rat erteilt. Die zwei Schwestern, die mithelfen, haben 200 Hausbesuche gemacht; in fast allen Fällen wurden sie dank ihres geschickten, taktvollen Benehmens dankbar und freundlich aufgenommen; durch Wort und Tat suchten sie die Not zu lindern, allerlei Wohlfahrtsvereine wurden hierbei herangezogen. Bei verschiedenen Kassen- und Armenvorständen, Armenärzten erschienen sie mit Bitten für die Kranken. In 3 Fällen wandten wir uns direkt an die Polizei; 2 mal mit dem Erfolg, daß die Polizei die Trunksüchtigen zu sich bestellte, vom Kreisarzte untersuchen ließ und jeweils über den Stand der Angelegenheit berichtete. Ein Kriminalbeamter erschien persönlich auf der Fürsorgestelle, um sich weiter zu erkundigen. Ebenso suchten Vertreter der Guttempler spontan Anschluß. Neuerdings hat das Polizeipräsidium die Absicht kundgetan, daß es mit den Fürsorgestellen zusammen arbeiten wolle. In 6 Fällen waren direkte Erfolge durch die erste Beratung erzielt worden: 2 Abstinenz und 4 fast völlige Abstinenz. Weit über ein Drittel Alkoholkranker suchte die Fürsorgestellen selbst auf, darunter 8 Dipsomanen, 3 Epileptiker; sonst kamen Angehörige, teils anklagend, teils in echter Sorge um den Mann oder Verwandten. 12 waren Entlassene aus Waldfrieden, die sich nur wieder vorstellen wollten. Das einheitliche Zusammenarbeiten der Fürsorgestellen mit den Enthaltsamkeitsvereinen und andern Wohlfahrtsvereinen ist dringend notwendig und der Sache förderlich. Überhaupt muß sich der Wirkungskreis nach der Tiefe und der Breite immer mehr ausdehnen und Anschlüsse aller Art erstreben, das Gute von überall her in seinen Bereich ziehen. Ich fasse aber die Individualfürsorge auf Auskunftsstellen nicht als einen Ruhepunkt und Endstation, nicht als Stamm, sondern nur als einen Zweig organisatorischer Fürsorge auf, als eine Funktion eines größeren Organismus. Der großzügige Ausbau der Trinkerfürsorge verlegt den Schwerpunkt in die Anstaltsbehandlung. Der Staat muß methodische und systematische Behandlungsweisen, die auf wissen-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schaftlicher Erkenntnis beruhen und gewisse Garantien der Konstanz der Auffassung und Verantwortung verbürgen, solche, die Universalität und Fortschritt vertreten, bevorzugen. Er verwahrt sich mit Recht gegen die Zufälligkeiten, Launen einer laienhaften Behandlung; der Trunksüchtige ist hilfsbedürftig, behandlungsbedürftig und damit meist anstaltsbedürftig; er ist gleich einem Geisteskranken zu behandeln. Ich weiß wohl, es ist nicht jeder Trunksüchte im juristischen Sinne anstaltsbedürftig, es gibt auch im medizinischen Sinne zahllose Übergänge von Trunkfälligkeit, T r i n k sucht in Trunksucht und Demenz und noch zahlreichere Variationen von Alkoholintoleranz. Der Trunksüchtige muß gewisse Voraussetzungen erfüllt haben, etwa die des § 6 Abs. 3, um den Kriterien der Anstaltsbedürftigkeit zu genügen. Im Interesse einer wirksamen Heilfürsorge würde freilich mancher Fall früher in die Anstalt gewünscht werden. Jeder einzelne Fall ist jeweils auf seine Anstaltsbedürftigkeit zu prüfen, dabei aber die Minderwertigkeit und Einbuße der Gesamtpersönlichkeit durch den Alkohol besonders zu beachten, es sind nicht bloß einzelne Handlungen herauszugreifen. Kann auch die öffentliche Behandlung von Trinkern in Spezialanstalten nicht von heute auf morgen erfolgen, wie sie von dem Landesdirektor der Provinz Brandenburg schon inszeniert wurde, so wäre zu wünschen, daß vorläufig die ganze Heilstättenfrage einem staatlich aufgestellten Inspektor, der dem Minister direkt unterstellt ist, übertragen wird, der durch lokale Inspektion, Revision, Begutachtung und Sammeln von Material sich ein klares Urteil über die weiteren Schritte, die zu tun sind, verschaffte.

Eine wichtige Fürsorge ist endlich die für die e n t l a s s e n e n A l k o h o l k r a n k e n. Die Familienpflege hat sich in der bisherigen Form und Handhabung bei Trinkern auch nach der definitiven Entlassung nicht bewährt. Man sieht hieraus wieder, daß der Geisteskranke sozialer, verträglicher und einfacher zu behandeln ist als der Trunksüchtige.

Sehr wünschenswert wäre es, wenn in dem Bannkreise der Spezialanstalt sich abstinente Kolonisten niederließen, die Entlassene aufnähmen. Die frühzeitige Entlassung zwangweise eingewiesener Trinker ist nicht bloß therapeutisch unrichtig, sondern auch meistens direkt eine asoziale Handlungsweise. *Puppe* hat auf der XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig am 29. Juni 1908 den Gemeingefährlichen als „einen in e r h e b l i c h e r Weise antisozial handelnden Menschen“ beschrieben; nach *Moeli* ist die Gemeingefährlichkeit ein Zustand, in dem der betreffende sich und andere gefährdet oder für die öffentliche Ordnung störend wirkt, und nach *Aschaffenburg* genügt schon, wenn er die allgemeine Rechtssicherheit zu gefährden d r o h t. Derselbe Geisteskranke, der sich in pflegsamer Umgebung sozial befindet, sagt *Puppe*, kann in ungeeignetem Milieu sofort antisozial werden. Es hängt also die Gemeingefährlichkeit ebenso von den Verhältnissen nach der Entlassung wie von dem Zustande des Entlassenen ab. Der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

momentane Zustand des Milieus, in das der Entlassene kommt, seine Stellung zur Alkoholabstinenz sind nach ihm wesentliche Gesichtspunkte bei der Beurteilung des Entlassungsgesuches. Ich stehe auf demselben Standpunkte und wundere mich, daß viele Psychiater annehmen zu müssen glauben, einen zwangweise eingelieferten Deliranten länger als 14 Tage oder 6 Wochen zurückzuhalten, sei Freiheitsberaubung. Es müssen garantiesichere Kautelen im Sinne einer Fürsorge für den zu Entlassenden vorhanden sein. „Ich erachte es hierbei für notwendig, wieder einmal darauf hinzuweisen," fährt *Puppe* fort, „daß wir gerade in Anbetracht der Trinkerheilanstalten eigentlich noch in den Kinderschuhen stecken und daß es notwendig ist, solche Trinkerheilanstalten anzulegen." Und *Kräpelin* spricht von einer geradezu kläglichen Hilflosigkeit unserer derzeitigen Mittel zur Behandlung der Alkoholkranken, von für einen Kulturstaat unendlich beschämenden Verhältnissen. Die beste Fürsorge ist die Prophylaxe. Für den unbemittelten und hilfsbedürftigen Alkoholkranken gilt die Forderung *Kappelmanns*: „Was not tut, ist die Errichtung öffentlicher, mit allen Garantien ausgerüsteter Trinkerheil- und Bewahranstalten sowie die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die zwangweise Verbringung Trunksüchtiger in solche Anstalten auch ohne vorhergehende Entmündigung." Die Bewegung ist im Fluß und wird volkstümlich, darum kann sie nicht aufgehalten werden; sie wird aber auch segensreich wirken.

Die Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Hans Laehr.




Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Der 16. internationale medizinische Kongreß findet in Budapest vom 29. August bis 4. September 1909 statt. Anmeldungen von Vorträgen für die psychiatrische Sektion werden bis zum 30. April an den Präsidenten der Sektion, Prof. Dr. *E. E. Moravcsik* in Budapest, erbeten.

Kurs in Gießen. — Der II. internationale Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie findet unter Leitung von Prof. *Sommer* in Gießen vom 13. bis 18. April 1909 statt. Außer dem genannten werden vortragen Prof. *Mittermaier* und *Dannemann* (Gießen) sowie Prof. *Aschaffenburg* (Köln). Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung an Prof. *Dannemann*, Gießen. Beitrag 20 M.

Die Krankenhausstatistik in Preußen ist bisher seit 1877 unter Anwendung von Zählkarten für jeden Kranken jährlich erhoben worden. Diese Erhebung erfährt durch die zuständigen Minister insofern eine Änderung, als für die Jahre 1909 und 1910 die Nachrichten von jeder Heilanstalt unter Benutzung der vom Reiche vorgeschriebenen Tabellenformulare zu liefern sind. Im Anschluß an die Volkszählung sollen für das darauffolgende Berichtsjahr, also für 1911. wieder Zählkarten benutzt werden.

Der Erlaß der Herren Minister des Innern und der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 22. Dezember 1908 (M. d. Inn. I b 4800 — M. d. g. U. M. 3810) bestimmt nämlich folgendes: „Mit Rücksicht auf die wiederholt beklagte Belastung der Krankenhausvorstände durch die Ausfüllung statistischer Zählkarten haben wir beschlossen, diese Zählung nur alle fünf Jahre, und zwar im Anschluß an die Volkszählung, vornehmen zu lassen. Dagegen sind, wie bisher, auch in Zukunft Übersichten über den Betrieb der Anstalten auszufüllen. Zu diesem Zwecke werden den Vorständen der Heilanstalten an Stelle der bisherigen Zählpapiere Tabellenformulare zur Ausfüllung gegen Ende des Berichtsjahres von dem Statistischen Landesamte in Berlin zugehen."


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Freiwillige Aufnahmen in Baden. — Die badische landesherrliche Verordnung vom 3. Oktober 1895, das Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken und Geistesschwachen in öffentliche und private Irren- und Krankenanstalten betreffend, hat unterm 17. Dezember 1908 durch die Einführung der freiwilligen Aufnahmen eine wichtige Ergänzung erhalten. Der betreffende Paragraph (§ 4 a) lautet:

„Volljährige Nerven- oder Geisteskranke, die nicht entmündigt sind, können auf ihren eigenen Antrag zum Zwecke der Heilung oder der Beobachtung in den öffentlichen Irrenanstalten ohne weiteres aufgenommen werden, wenn sie sich nach dem Ermessen der Direktion zur Aufnahme eignen.

Der Antrag des Kranken ist von der Direktion zu Protokoll zu nehmen.

Die Entlassung solcher Personen muß alsbald erfolgen, wenn die Voraussetzungen der freiwilligen Aufnahme nicht mehr vorliegen, oder wenn sie ihre Entlassung verlangen. Liegen in einem solchen Fall nach Ansicht der Anstaltsdirektion die Voraussetzungen des § 3 Ziffer 1 [1]) vor, so hat sie dem zuständigen Bezirksamt von dem Sachverhalte alsbald Mitteilung zu machen, welches unverzüglich das Verfahren gemäß § 3 Ziffer 1 einzuleiten hat. Bis zur rechtskräftigen Entscheidung ist der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzubehalten."

Aus Illenau. — Unser Baden hat nun auch seinen Hilfsverein für entlassene Geisteskranke. Er ist uns längst freilich keine Neuheit mehr. Die ersten Anfänge dieser Institution reichen in die vierziger Jahre des vorigen Jahrhunderts. Wie in der gesamten Organisation unseres Irrenwesens, war es unser Altmeister *Roller* gewesen, der bald nach der Eröffnung der Anstalt Illenau aus den hm von edlen Menschenfreunden übergebenen Beiträgen eine Unterstützungskasse für die von hier Entlassenen gründete. Dieselbe ist mittlerweile, dank den durch die Jahre eifrig betriebenen Sammlungen, auf ein namhaftes Kapital angewachsen, dessen Zinserträgnisse seither zu Beihilfen der verschiedensten Art an bedürftige Entlassene im Laufe des Jahres und auf Weihnachten verteilt werden. Auch *Roller* schon wollte die private Fürsorge für die Geisteskranken draußen nicht allein auf ihre materielle Unterstützung beschränkt wissen; sein Streben ging vielmehr dahin, auch die geistige Fürsorge in die Wege zu leiten durch Belehrung des Publikums über den notwendigen Schutz und die tätige Hilfe, die der Entlassene draußen, namentlich in der ersten Zeit, benötige,

[1]) Diese Bestimmung bezieht sich auf Geisteskranke, die für sich oder andere gefährlich, sittlich anstößig oder verwahrlost sind; solche können auf Anordnung des Bezirksamts eingewiesen oder zurückgehalten werden.


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

über Mittel und Wege, ihm zum Wiedereintritt in die Gesellschaft zu verhelfen, über Verhütung etwaiger Rezidive durch geeignete Behandlung draußen oder sachgemäßen Beistand in Fällen von Wiedererkrankung bis zur Aufnahme in die Anstalt. Auch über das Wesen der Geistesstörungen und deren Verhütung sollte populäre Aufklärung verbreitet werden. Gemeinverständliche Vorträge, zeitweilige Bereisung des Landes durch die Anstaltsärzte waren die zu diesem Zweck von ihm schon in den vierziger Jahren angestrebten Mittel, die damals allerdings noch vergeblich gefordert wurden. Wiederholt hat er seine Stimme dafür erhoben, daß die dem Staate zukommende Fürsorge für das Irrenwesen mit den Grenzen der Anstalten nicht abgeschlossen sei, daß die Seelengestörten vielmehr außerhalb derselben ebenfalls Aufsicht und Fürsorge erfordern. Wie sehr *Roller* von der Bedeutung der Tätigkeit der Hilfsvereine und von der notwendigen Mitwirkung des Laienelements an einer ideal ausgebauten Irrenfürsorge durchdrungen war, hat er noch in seinen „Psychiatrischen Zeitfragen aus dem Gebiete der Irrenfürsorge in und außerhalb der Anstalten" (1874) ausgesprochen, wo er diese „Lokalversorgung" als den integrierenden Bestandteil der Irrenfürsorge bezeichnet.

Ermutigt durch das gleichgerichtete erfolgreiche Vorgehen anderwärts, vor allen andern *Ludwigs*-Heppenheim in Hessen, wurde anfangs der siebziger Jahre auf Anregung von *Fischer* sen.-Pforzheim der *Roller*sche Gedanke wieder aufgenommen, jetzt in Form einer Organisation für das ganze Land, welcher satzungsgemäß nicht nur die materielle Unterstützung der Bedürftigen obliegen sollte, sondern wesentlich auch die allgemeine Fürsorge für die von den Anstalten Illenau und Pforzheim entlassenen Hilfsbedürftigen, um deren Rückkehr in die bürgerliche Gesellschaft zu erleichtern; zugleich wurde wieder die populäre Aufklärung über das Wesen der Geisteskrankheiten und die Behandlung der Entlassenen draußen kräftig angeregt.

Leider war die Zeit auch jetzt noch nicht reif. Die Ungunst der Verhältnisse kurz nach dem großen Kriege (1870/71) mit seinen gewaltigen Ansprüchen an die Opferwilligkeit des Volkes hinderte das Eindringen der hochherzigen Ideen ins Publikum. Das Unternehmen blieb bei kleinen Anfängen stehen. Insbesondere machte die Entwicklung der Organisation für die persönliche Fürsorge nur bescheidene Fortschritte. Namentlich aber vermochte das Institut der Vertrauensmänner — das wichtigste geplante Novum — trotz allen Bemühens keinen Boden zu fassen. Auch sonst bildeten sich nur einige kleine Bezirksvereine, die keinen weiteren Ausbau fanden. Manches war immerhin — dank den Bemühungen vorzugsweise Pforzheims — bei der damaligen Einrichtung erreicht worden, worüber die erschienenen Jahresberichte Auskunft geben. Speziell der finanzielle Fonds hatte bereits gute Dienste geleistet, und das Interesse wurde warmgehalten.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seither haben manche unerwartete und ernste Erfahrungen, welche wir mit entlassenen Pfleglingen infolge der Ungunst der häuslichen Verhältnisse oder des Unverstandes der Umgebung im Laufe der Jahre machten, sodann die Notlage der zahlreichen bedürftigen, durch Krankheit geschädigten Familien draußen, anderseits die Ermutigung durch die Erfolge *Ludwigs* in Hessen, *Kreusers*-Winnenthal in Württemberg u. a. unser unablässiges Bestreben, dem Hilfsverein endlich die geplante Organisation zu geben, immer aktueller gestaltet. Es sei hier insbesondere auf das Referat *Fischers*-Pforzheim „Der weitere Ausbau der Irrenfürsorge außerhalb der Anstalten" (Ärztliche Mitteilungen für Baden 1898), und auf zwei Schriften *Fischers*-Wiesloch („Laienwelt und Geisteskranke" und „Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge") hingewiesen.

Diese Neuorganisation des Hilfsvereins und seines definitiven Ausbaus fällt in die jüngst verflossenen Jahre. Sie hängt zeitlich mit der Erweiterung der staatlichen Irrenfürsorge durch Genehmigung zweier weiterer Anstalten zusammen. Der Aufruf, den die Direktoren der Anstalten und der Kliniken damals zur Gründung eines Hilfsvereins an Badens Bevölkerung im Jahre 1904 richteten, betont einleitend mit Recht, daß die neue Ära in der staatlichen Fürsorge für unsere Geisteskranken die Lösung der wichtigen Aufgabe der privaten Fürsorge für die Entlassenen, als der notwendigen Ergänzung der erweiterten staatlichen Einrichtungen, mehr denn je nahelege. Erst dadurch werden jene als zur Erfüllung ihrer Aufgaben vollbefähigt erklärt. Unser Aufruf fand allenthalben eine wohlwollende Aufnahme. Der Verein durfte sich von Anfang an des Interesses der höchsten Kreise, besonders auch der von unserer Großherzogin Luise geleiteten Frauenvereine, sowie der lebhaften Teilnahme im Publikum und der wertvollen Unterstützung der Behörden erfreuen.

Die Vorarbeiten wurden rasch gefördert, so daß auf Ende Mai 1906 die konstituierende Versammlung nach Karlsruhe einberufen werden konnte. Unter dem Vorsitz *Schüles*-Illenau nahmen an ihr außer den Irrenärzten des Landes Vertreter der Regierung, der Landstände und der verschiedenen charitativen Vereinigungen teil, — alle von dem gleichen Empfinden der Notwendigkeit und Nützlichkeit des zu schaffenden Werkes beseelt. Eingeleitet wurde die Tagung durch einen Vortrag von *Barbo*-Pforzheim über die Ziele des Hilfsvereins und die Wege der Erreichung derselben. In der nachfolgenden Beratung konnte der vom Vorsitzenden vorgelegte Entwurf der Satzungen in der endgültigen Fassung festgelegt werden. Als Vorort bezw. Zentrale des Vereins ist Illenau bestimmt. Organe des Vereins sind: 1. Der Vorstand (die Kollegen der Anstalt Illenau unter dem Vorsitze des Direktors); 2. der Ausschuß (die Mitglieder des Vorstandes, die Direk-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

toren der Anstalten und Kliniken, die etatmäßigen Ärzte und Verwalter bzw. Sekretäre der letzteren, die Medizinalreferenten im Ministerium, sowie dazu noch weitere 6 von dem Verein zu wählende Mitglieder); 3. die Mitgliederversammlung. Jahresbeitrag soll mindestens 1 M. sein.

Im Dezember 1906 hielt der Verein seine erste zahlreich besuchte Ausschußsitzung ab. Bis dahin war die Zahl der als Mitglieder dem Vereine beigetretenen Privatpersonen, Gemeinden und sonstigen Körperschaften auf 1900 angewachsen. Aus den eingegangenen Geldern — einschließlich der Restbestände des alten Hilfsvereins mit rund 4100 M. — wurde ein Reservefonds von 7000 M. gebildet, weitere 1500 M. wurden den Anstalten und Kliniken — je 300 M. nach Emmendingen, Freiburg, Pforzheim, Wiesloch und Heidelberg — für Unterstützungszwecke zugewiesen, und 500 M. zur Verfügung des Vorstandes für unvorhergesehene Fälle belassen.

Im darauffolgenden Jahre 1907 konnte endlich das Institut der Vertrauensmänner definitiv organisiert werden. Diese Arbeit wurde bis zum Jahresschluß unter tatkräftiger Mitwirkung der Amtsvorstände und Bezirksärzte so gefördert, daß von jetzt an ein nahezu lückenloses Netz über das ganze Land ausgebreitet ist. 700 Personen aus allen Berufsarten haben sich dem Vereine zur Verfügung gestellt. Erfreulicherweise erklärten sich gleich zu Anfang in den Städten auch die Komiteedamen des Frauenvereins zur Übernahme des Amtes als Patrone bereit. Daneben wurde auch die Werbung von Mitgliedern mit gutem Erfolge weiter betrieben. Ihre Zahl ist 1907 von 1900 auf 2500 mit einem regelmäßigen Mitgliederbeitrag von zusammen 5250 M. gestiegen. In der ordentlichen Ausschußsitzung im Jahre 1907, an der auch der Minister des Innern, Exz. Freiherr von Bodman u. a. teilnahm, konnte der Vorsitzende einen in jeder Beziehung günstigen Bericht über den Fortgang der Arbeit erstatten. Das Vereinsvermögen betrug auf diesen Zeitpunkt 13 650 M.; es hatte sich gegenüber 1906 um rund 4450 M. vermehrt. Von dem Vermögen waren bereits 7000 M. als Bestand des Rerservefonds erklärt worden; seine Verstärkung auf 10 000 M. wurde beschlossen. Der Betrag von 3000 M. wurde unter die oben erwähnten 5 Institute zu gleichen Teilen verteilt und 600 M. für unvorhergesehene Fälle vorbehalten. Der Tagung lag ferner der Entwurf der Anleitung zur Geschäftsführung für die Vertrauensmänner zur Beschlußfassung vor. Es hatten ihm die frühere Vereinsorganisation, sowie die bezüglichen Vorschriften von Hessen und Württemberg zur Grundlage gedient. Die Anleitung enthält einen allgemeinen Teil, der die Organisation der Vertrauensmänner und den Geschäftsgang im allgemeinen regelt, sowie einen besonderen, der ihre Tätigkeit bei der Aufnahme eines Erkrankten in die Anstalt, für die Zeit des Aufenthaltes daselbst, sowie vor und nach der Entlassung, und weiterhin ihre


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitwirkung bei den allgemeinen Aufgaben des Hilfsvereins, die sich auf die Hebung des gesamten Irrenwesens beziehen, behandelt.

Das Jahr 1908 war reich an Arbeit, aber auch an weiteren erfreulichen Erfolgen. Die Zahl der Mitglieder ist durch eine allerseits lebhaft betriebene Propaganda von 2500 auf 3140 (Beitragssoll rund 8000 M.) gestiegen. Die Zahl der Vertrauensmänner hat sich ansehnlich vermehrt. Für den Ausbau dieser Organisation halfen am wirksamsten belehrende Vorträge — so der Vortrag von *Hoche*-Freiburg im Karlsruher volkshygienischen Verein, die Vorträge von *Schüle* vor den Versammlungen in Lahr und Offenburg, von *Fischer*-Wiesloch in seiner Anstalt selbst vor den Amtsvorständen des Landeskommissariatsbezirks Mannheim und den Lehrern und Lehrerinnen des Amtsbezirkes Wiesloch — dazu mit, neue Freunde für unsere Sache zu gewinnen und die Reihen unserer Vertrauensleute zu stärken. In der Versammlung zu Offenburg fand außerdem ein reger Meinungsaustausch, namentlich hinsichtlich der Tätigkeit unserer Vertrauensleute im Einzelnen, statt. Mit Befriedigung konnten wir wahrnehmen, daß unsere Sache draußen in den einzelnen Bezirken in den Händen tüchtiger, opferfreudiger Männer und auch schon einiger charitativer Frauen beruht, die gerne unsern Kranken oder deren Angehörigen mit Rat und Tat beistehen. Die praktische Hilfe der Vertrauensmänner wurde in vielfacher Beziehung (Auskunft über zu unterstützende Kranke, werktätige Hilfe, Verschaffung von Arbeitsgelegenheit, Zuspruch im Einzelfalle, Gewinnung geeigneten Pflegepersonals usw.) in Anspruch genommen und stets mit Bereitwilligkeit gewährt. An größeren Zuwendungen erhielt der Verein: von Ihrer Könglichen Hoheit Großherzogin Luise einen Betrag von 300 M., ferner von der Staatskasse einen budgetmäßigen Zuschuß von 1000 M., aus Stiftungsmitteln seitens des Verwaltungshofes 100 M. Sonstige Geschenke gingen uns im Laufe des vergangenen Jahres im Gesamtbetrage von rund 650 M. zu. Das Vereinsvermögen beträgt nach dem neuesten Rechnungsabschluß 20 742 M. 95 Pf. Es wurde beschlossen: 1. den Anstalten Emmendingen, Pforzheim, Wiesloch und den beiden Kliniken Freiburg und Heidelberg für das Jahr 1909 je 1000 M. für Unterstützungszwecke (zusammen 5000 M., je 400 M. mehr als 1908) zuzuweisen; Illenau konnte auch in diesem Jahr auf ihren Anteil zugunsten der andern Institute verzichten, da I. über eigenes Stiftungsvermögen zu diesem Zwecke verfügt; 2. 3000 M. dem Grundstock zuzuschlagen (der Reservefonds beträgt mit diesem Zuschlag jetzt 13 000 M.) und 3. den Rest dem Vorstande als Reserve für unvorhergesehene und außerordentliche Fälle im Jahre 1909 bereitzustellen.

Als Ort der im nächsten Jahre statutarisch stattfindenden Generalversammlung wird Illenau in Aussicht genommen.

Sch.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Personalnachrichten.

Dr. *Friedrich Schaumburg*, Oberarzt in Uchtspringe, ist zum leitenden Arzt der rheinischen Privatanstalt Waldbröl,

Dr. *Karl Orthmann*, bisher Oberarzt in Düren, zum leitenden Arzt der Prov.-Anstalt Köln-Lindenthal ernannt worden.

Dr. *Ernst Hegar* in Wiesloch und

Dr. *Joh. Gerh. Klewe-Nebenius* in Emmendingen wurden zu Oberärzten,

Dr. *Ernst Thoma*, Oberarzt in Illenau, und

Dr. *Walter Fuchs*, Oberarzt in Emmendingen, zu Medizinalräten,

Dr. *Karl Bonhöffer*, Prof. in Breslau, zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *Jos. Starlinger*, Dir. der Landesanstalt Mauer-Öhling, und

Dr. *Jos. Schweighofer*, San.-Rat u. Dir. der Landesanstalt Salzburg sind zu Regierungsräten,

Dr. *Max Jahrmärker*, Oberarzt in Marburg, ist zum a. o. Professor ernannt.

Dr. *Herm. Gutzmann*, Priv.-Doz. f. Sprachstörungen in Berlin-Zehlendorf, ist der Titel Professor verliehen worden.

Dr. *Heinr. Schüle*, Geh.-Rat, Dir. von Illenau, erhielt den Stern zum Kommandeurkreuz,

Dr. *Franz Fischer*, Geh. Med.-Rat, Dir. der Anstalt Pforzheim, und

Dr. *Karl Haardt*, Geh. Med.-Rat, Dir. in Emmendingen, erhielten das Ritterkreuz 1. Kl. mit Eichenlaub.

Dr. *Max Fischer*, Med.-Rat, Dir. in Wiesloch, erhielt das Ritterkreuz 1. Kl. des Ordens zum Zähringer Löwen,

Dr. *Al. Westphal*, Prof. in Bonn, den roten Adlerorden 4. Kl.,

Dr. *Emil Kräpelin*, Prof. in München, den Verdienstorden vom heil. Michael,

Dr. *Ernst Böck*, Dir. in Troppau,

Dr. *Heinr. Sterz*, Dir. des Feldhofs bei Graz,

Dr. *Schubert*, Dir. in Sternberg, u.

Dr. *Pfausler*, Dir. in Valduna, den Franz-Josefs-Orden,

Dr. *Joh. Hraše*, Dir. in Dobřan, die eiserne Krone 3. Kl.

Dr. *Hub. Ritter v. Grashey*, Geh.-Rat, Ministerialrat im bayrischen Staatsministerium des Innern, wurde seinem Ansuchen entsprechend in den bleibenden Ruhestand versetzt und ihm in allerhuldvollster Anerkennung seiner langjährigen, mit musterhafter Treue und Hingebung geleisteten ausgezeichneten Dienste der Verdienstorden vom H. Michael 2. Kl. mit Stern verliehen.

Dr. *Ewald Hecker*, Prof., ist am 12. Januar in Wiesbaden, 65 J. alt, gestorben.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Osteomalacie bei Geisteskranken [1]).

Von

Medizinal-Rat Dr. **A. Barbo,**
Oberarzt der Gr. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim.

In der 36. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, die am 4. November 1905 in Karlsruhe stattfand, sprach *Haberkant*-Stephansfeld über zwei Fälle von Dementia praecox aus der Bezirksirrenanstalt Stephansfeld i. E., bei denen sich im Verlauf der Psychose Osteomalacie entwickelt hat. Unter Bezugnahme auf jenen Vortrag [2]) möchte ich über vier Fälle von Osteomalacie bei weiblichen Geisteskranken aus unserer altehrwürdigen Pforzheimer Anstalt berichten. Ich will zunächst das Tatsächliche aus den Krankengeschichten und Sektionsprotokollen kurz anführen:

Fall I. Berta M., geb. 1861, ledig, hat nie geboren. Das seit 8 Jahren psychisch erkrankte Mädchen kam im Mai 1894 mit 33 Jahren in unsere Anstalt, schon stark verblödet, mit großer Neigung zu Darmstörungen. Mit Beginn des Jahres 1897, also im 36. Lebensjahre, traten bei der Patientin Kreuzschmerzen und sehr mühseliger Gang auf. Vom Spätjahr 1897 an konnte sie das Bett nicht mehr verlassen. Es entwickelte sich rasch zunehmende Deformierung des Brustkorbs und des Beckens, sowie große Neigung zu Schweiß. Unter den Erscheinungen der Cyanose und des Lungenödems erfolgte im Juni 1898 der Exitus. Die Sektion ergab die Zeichen der ausgesprochenen allgemeinen Osteomalacie: Schädeldach leicht zu durchsägen, dick, sehr leicht, sehr blutreich. Die Rippen sehr leicht zu durchschneiden, winklig abgeknickt, auf der linken Seite sogar doppelt, S-förmig. Das Becken zeigt die typische Kartenherzform. Die Corticalis ist überall papierdünn, leicht schneidbar.

Fall II. Karoline F., geb. 1842, verheiratet, keine Geburt, auch kein Abortus. Mit 23 Jahren schwerer Typhus. Beginn der Psychose

---

[1]) Vortrag, gehalten am 8. Nov. 1908 in der 39. Vers. der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe (Baden), s. diese Ztschr. Bd. 66, S. 180.

[2]) Ist inzwischen im Arch. f. Psych. Bd. 45 Heft 1 erschienen.



Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

im 30. Lebensjahr. Aufnahme in Pforzheim 1875, nach der damaligen Nomenklatur als „Verrücktheit mit sekundärem Blödsinn“. Seit 1879 wiederholt skorbutische Erscheinungen. Von jeher gerne zu Bett gelegen, konnte Patientin dieses seit 1904, also 62 Jahre alt, wegen großer Unbehilflichkeit nicht mehr verlassen. Unter den Erscheinungen von Pleuritis und Pericarditis trat im März 1905 der Tod ein. Die Autopsie ergab: Schädel nicht deutlich osteomalacisch, wohl aber die stark abgeknickten Rippen. Das Becken von typisch osteomalacischer Kartenherzform; seine Knochen weich, leicht schneidbar. Wirbelsäule stark kyphoskoliotisch.

Fall III. Karoline K., geb. 1847, ledig, hat nie geboren. Mit 19 Jahren Beginn der Psychose; 1877, also mit 30 Jahren, Aufnahme in Pforzheim. Ende 1901, also im 54. Lebensjahre, beginnende Steifigkeit der Beine, eigentümlich schleifender Gang. Von Februar 1902 ab dauernd im Bett. Im Jahre 1903 rasch zunehmende Kyphoskoliose und Difformität des Brustkorbs und des Beckens. Im Oktober 1906 Exitus letalis unter heftiger Atemnot und Cyanose. Sektionsbefund: Schädeldach sehr leicht und sehr leicht zu durchsägen, sehr blutreich. Brustbein und Rippen winklig abgeknickt, sehr leicht zu verbiegen. Die Wirbelsäule zeigt eine fast schlangenartige Kyphoskoliose, das Becken die typische Kartenherzform mit außerordentlich verringerten Maßen.

Fall IV. Berta R., geb. 1829, ledig, hat nie geboren. Die Psychose entwickelte sich in der Pubertätszeit; rasch zunehmende Verblödung. Im September 1853, mit 24 Jahren, Aufnahme in Pforzheim, wo die Verblödung bis zum tierischen Vegetieren fortschreitet. Im Klimakterium mächtige Fettentwicklung trotz großer Neigung zu Darmkatarrhen. Seit 1892, also 73 Jahre alt, wegen zunehmender Unbehilflichkeit und Steifigkeit anhaltend im Bett. Starke Kontrakturen. Im Mai 1908 Exitus letalis. Die Sektion zeigte: Schädeldach ziemlich leicht, leicht zu durchsägen, sehr blutreich. Wirbelsäule stark kyphoskoliotisch. Die Rippen weich, leicht schneidbar. Becken von osteomalacischer Kartenherzform mäßigen Grades mit starkem Vorspringen des Promontorium und der Gelenkpfannengegenden nach innen. Im linken Ovarium eine haselnußgroße, mit klarer, wässeriger Flüssigkeit gefüllte Cyste.

Darüber, daß in allen vier Fällen nicht etwa Osteoporose, sondern Osteomalacie, und zwar die nicht-puerperale, in den drei letzten Fällen die senile Form derselben, vorlag, darüber kann nach diesen Krankengeschichten und Sektionsprotokollen kein Zweifel bestehen.

Betrachten wir nun die psychischen Krankheitsformen, zu denen die skizzierten vier Fälle gehören. so ergibt sich für den Fall I die sogenannte Pfropfhebephrenie: bei einem angeblich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht belasteten, von Kindheit an etwas imbezillen Mädchen tritt im 25. Lebensjahre eine Geistesstörung auf unter den Erscheinungen der Schlaflosigkeit, Aufregung, Gewalttätigkeit, Neigung zum Herumziehen, mit ziemlich rascher Verblödung.

Fall II betrifft eine sehr gut veranlagte, bis dahin psychisch gesunde Frau, deren Schwester epileptisch ist, und bei der sich im 30. Lebensjahr ein mangelhaft ausgebildetes, ins Phantastische ausartendes System von Größen- und Verfolgungsideen entwickelt, mit Halluzinationen, Aufregungszuständen und Ausgang in eigenartige Demenz. Wir werden hier ungezwungen von einer paranoiden Form der Dementia praecox sprechen dürfen.

Im Falle III sehen wir bei einer körperlich und geistig gut veranlagten, in der Erziehung verwahrlosten Tochter eines Alkoholikers, schließlich puella publica, etwa mit 19 Jahren das Auftreten von unzusammenhängenden Wahnideen und Halluzinationen, heftigen Erregungszuständen, Haltungs- und Bewegungsstereotypien (stundenlanges Ausstoßen von Schreien, Auf- und Abbewegen des Körpers, Kreisbahnbewegungen) und Ausgang in Verworrenheit und völlige Verblödung. Es handelt sich hier also um die katatonische Form der Dementia praecox.

Nicht so einfach war die Beurteilung des Falles IV, der übrigens auch dadurch bemerkenswert ist, daß die Pat. fast volle 55 Jahre in unserer Anstalt zugebracht hat — gar so schlimm muß es den Geisteskranken in den Anstalten also doch nicht ergehen, wie die Nörgler und Feinde der Irrenanstalten so gern behaupten. — Diese Pat. war als Idiotin rubriziert auf Grund der in der Anamnese stehenden Bemerkung: „Von Kindheit auf blödsinnig.“ Als nun aber die tief verblödete und in der Krankengeschichte vom Jahre 1878 als „wahrer Fettklotz“ bezeichnete Kranke im Mai 1908 starb, erfuhren wir durch eine zufällige Äußerung einer Verwandten, daß die Verstorbene keineswegs von Kindheit auf verblödet war; vielmehr war sie, wie mir auf besondere Anfrage geschrieben wurde, „ein nettes, normales Kind“ — dies wird auch durch ein kleines, im Besitze jener Verwandten befindliches Ölbildnis aus dem 6. oder 7. Lebensjahr der Kranken bestätigt —; sie zeigte Neigung zu fanatischer Religiosität, machte sehr hübsche Handarbeiten und Zeichnungen,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lernte rechnen, lesen und schreiben, etwas Französisch usw. Erst im Pubertätsalter trat die Psychose auf. Das Mädchen konnte dem Unterricht nicht mehr folgen, wurde deshalb zu einem Lehrer aufs Land gegeben; allein auch hier tat es nicht gut infolge zunehmenden Schwachsinns mit Aufregung und Gewalttätigkeit und kam schließlich im Jahre 1849 in die damals noch junge Anstalt Illenau und von dort im Jahre 1853 (24 Jahre alt) in die schon altersgraue Anstalt Pforzheim. Ich bin auf die Feststellung der Krankengeschichte bzw. der Krankheitsform in diesem Falle — obgleich nicht zum eigentlichen Thema gehörig — deshalb etwas ausführlicher eingegangen, um durch ein grelles Beispiel zu zeigen, wie eine auf oberflächlicher Information beruhende Bemerkung in der Anamnese eine fast irreparable Irreführung in der Diagnose zur Folge haben kann.

Daß wir es im vorliegenden Falle IV nicht mit Idiotie, sondern mit Hebephrenie zu tun haben, dürfte nach dem Gesagten sicher sein.

So stimmt nun das Ergebnis meiner Untersuchung mit demjenigen *Haberkants* und der anderen Autoren im wesentlichen überein: Wir sehen die Osteomalacie bei vier Geisteskranken, die wir sämtlich zu der von *Kraepelin* aus dem großen Chaos der Krankheitsbilder herausgehobenen Gruppe der Dementia praecox rechnen können.

Auffallenderweise sind alle drei Unterarten derselben vertreten: eine Hebephrenie, eine Katatonie und eine Dementia paranoides. Dazu kommt noch eine Pfropfhebephrenie (Fall I), bei der es wohl mehr oder weniger dem subjektiven Ermessen des Einzelnen überlassen bleiben muß, ob er den Akzent mehr auf den angeborenen Schwachsinn oder auf die später dazugekommene Dementia praecox hebephrenica legen will. Eine unbedingte Entscheidung für das eine oder das andere erscheint in diesem Falle um so weniger unerläßlich, als wir zwischen beiden Krankheitsformen nach der Auffassung insbesondere von *Kraepelin* und *Weygandt* eine gewisse innere Verwandtschaft annehmen dürfen: beide sollen einer Art von Selbstvergiftung ihre Entstehung verdanken. Ob wir uns nun für Dementia praecox oder für angeborene Imbezillität entscheiden, bei beiden Annahmen fällt die



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fragliche Psychose des Falles IV nicht aus dem Rahmen derjenigen psychischen Krankheitsformen heraus, innerhalb deren erfahrungsgemäß die Osteomalacie am häufigsten aufzutreten pflegt.

Was für Schlüsse läßt nun diese letztgenannte Tatsache zu?

Zunächst könnte man sagen, in unseren wie in den weitaus meisten anderen Fällen liege zwischen dem Auftreten der Psychose und dem Erscheinen der Osteomalacie eine so lange Zeit, daß von einem inneren Zusammenhang der beiden wohl kaum mehr die Rede sein kann. In der Tat finden wir, daß bei unserem Fall I etwa 11 Jahre, im II. Fall rund 32, im III. Fall ungefähr 36 und im Falle IV vollends nahezu 60 Jahre zwischen dem Auftreten der genannten Krankheiten verstrichen sind. Allein einerseits ist anzunehmen, daß auf eine den Stoffwechsel treffende Schädlichkeit das so überaus zart organisierte Nervensystem viel schneller reagieren wird, als das unter allen Systemen am robustesten gebaute Skelett, und andererseits führt man ja doch auch ohne Bedenken eine Tabes oder eine Paralyse, die erst Jahrzehnte nach der luischen Infektion aufgetreten ist, auf diese zurück.

Auffallend ist jedenfalls die Tatsache, daß Osteomalacie eigentlich fast nur bei den psychischen Entwickelungshemmungen und bei Dementia praecox vorkommt, und wir dürfen mit Recht fragen, warum dieselbe, wenn es sich nur um Zufall handelte, nicht auch im Verlauf von anderen Psychosen öfters erscheint.

Wenn man weiter etwa betonen möchte, in 3/4 unserer Fälle handle es sich einfach um senile Osteomalacie, diese Erkrankung hänge also nur mit dem Senium, nicht mit der Psychose zusammen, so ist hier die Frage berechtigt: Weshalb tritt in unseren Anstalten nicht auch bei anderen Geisteskranken, die das Greisenalter erreicht haben (senile Demenz, Presbyophrenie, epileptische Psychosen, manisch-depressives Irresein usw.), die Osteomalacie verhältnismäßig so häufig auf?

Für die Annahme eines rein zufälligen Zusammentreffens der Osteomalacie mit den genannten Psychosen ist die Zahl der in der Literatur beschriebenen Fälle dieser Art denn doch nachgerade zu groß geworden, und es gelangen sicher bei weitem nicht alle zur Veröffentlichung.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Tatsache, die auch durch unsere vier Fälle bestätigt wird, daß Osteomalacie fast ausschließlich bei Dementia praecox und angeborenen Schwachsinnszuständen vorkommt, hat ja schon seit mehr als vier Jahrzehnten die Psychiater (ich erinnere an *Finkelnburg, Wagner, Bleuler* u. a.) auf die Frage hingewiesen, ob nicht innere Beziehungen zwischen diesen Krankheiten bestehen. Gegen die Bejahung dieser Frage spricht — um dies vorwegzunehmen — keineswegs die Tatsache, daß auf die so ungeheuere Zahl von Erkrankungen an Dementia praecox und psychischen Entwickelungshemmungen eine immerhin kleine Anzahl von Osteomalacien kommt. Wir wissen ja auch nicht, weshalb nicht bei jedem Luiker Tabes oder Paralyse und nicht bei jedem Alkoholiker Delirium tremens, alkoholische Pseudoparalyse usw. auftritt.

Um den inneren ursächlichen Zusammenhang zwischen der Osteomalacie und den von ihr bevorzugten Psychosen klar und einwandfrei aufdecken zu können, müßten wir zuerst die Ätiologie jeder dieser Erkrankungen für sich genau kennen. Auf dieses an Umfang und Irrwegen reiche Gebiet kann ich mich jedoch in ausführlicher Weise nicht begeben. Aber einige Hauptpunkte muß ich doch kurz berühren:

Was steht denn über die Ätiologie und das Wesen der uns hier beschäftigenden Krankheiten überhaupt fest? Eigentlich doch nur, daß die Osteomalacie eine wohlcharakterisierte Stoffwechselkrankheit ist. Hierfür würde in unseren Fällen auch die bemerkenswerte Tatsache sprechen, daß bei drei derselben große Neigung zu Ernährungsstörungen bestand: bei Fall II skorbutische Erscheinungen, bei Fall I und IV Darmkatarrhe. Geben doch auch *Bérard* und *Nordmann* bei dem von ihnen beschriebenen osteomalacischen, hereditär-luischen Mädchen u. a. „häufige Darmkrisen“ an, während *Joachimsthal* sah, daß bei einem Knaben die nach *Loosers* Auffassung mit Osteomalacie identische Rachitis bzw. Spätrachitis unter Darmerscheinungen auftrat; es sind dies lauter Störungen, die mit Stoffwechselvorgängen in Beziehung stehen.

Auch an der Lehre, daß Osteomalacie eine wohlabgegrenzte Krankheitsform sui generis ist, begann man übrigens zu rütteln. So erklärt z. B. *Looser*, wie wir soeben hörten, Rachitis und



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Osteomalacie für eine einheitliche, identische Affektion, die das menschliche Skelett in jedem Lebensalter treffen könne, und deren klinische und anatomische Erscheinungen durch die verschiedenen physiologischen Verhältnisse der einzelnen Lebensalter modifiziert seien.

Über die Kernfrage, welches Organ ätiologisch für die Osteomalacie in Betracht kommt, können wir nur sagen: Adhuc sub judice lis est.

Die einen Forscher sehen die Ursache der Osteomalacie in der Erkrankung der Schilddrüse bzw. der Nebenschilddrüsen, die anderen suchen sie in den Ovarien.

Als Vertreter der thyreogenen bzw. parathyreogenen Theorie nenne ich nur *Hoennicke, Tolot et Sarvonat, Theilhaber,* und aus der neuesten Zeit *Erdheim*, der die Osteomalacie analog der öfters damit kombinierten Tetanie speziell auf den Ausfall oder die Insuffizienz der von *Sandström* im Jahre 1880 zuerst beschriebenen, von *Kohn* als „Epithelkörperchen" bezeichneten Nebenschilddrüsen zurückführen möchte.

Für die Ovarialhypothese treten vor allen in die Schranken *Fehling, Nonne, Everke* u. a.

Wieder andere nehmen eine mehr vermittelnde Stellung ein, so *Latzko,* der innige Wechselbeziehungen zwischen der inneren Sekretion der Ovarien und derjenigen der Schilddrüse annimmt, wobei Störungen in der Funktion des einen Organs solche des anderen zur Folge haben können. In die Gruppe dieser Erscheinungen falle das Auftreten eines Thyreoidismus (Basedow, Tetanie, Myxödem) nach Osteomalacie und umgekehrt.

Auf einem wesentlich anderen Standpunkt sehen wir noch *Eichhorst* in seinem Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie (1887) und *Busch* (bzw. *M. Schüller*) in seinem Artikel über Osteomalacie in *Eulenburgs* Real-Enzyklopädie vom Jahre 1888. *Eichhorst* sagt, daß für die nicht-puerperale Osteomalacie als Ursachen auch Erkältungen, Durchnässungen, lichtarme und feuchte Wohnräume, dürftige Nahrung angegeben werden. Nach *Busch* wäre die häufigste Ursache der nicht-puerperalen Osteomalacie schlechte Nahrung, feuchte und dunkle Räume usw. Im Gegensatz zu diesen beiden Autoren betont aber *Everke* ausdrück-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich, daß von seinen zweiundreißig Fällen von Osteomalacie fast alle in guten Nahrungs- und Wohnungsverhältnissen gelebt hätten.

Bleuler endlich sucht die Ursache der Osteomalacie bei seinen achtzehn Fällen, darunter drei Männer, im wesentlichen darin, daß die Kranken infolge ihrer Psychose sich wenig oder gar keine Bewegung machten und selten oder nie ins Freie gingen.

In betreff unserer vier Fälle hätten die Erklärungsversuche sowohl von *Eichhorst* und *Busch*, als von *Bleuler* etwas für sich, denn Feuchtigkeit, Mangel an Licht, Luft und Bewegung im Freien sind Faktoren, unter denen gerade unsere Pforzheimer Anstalt wegen ihrer ungünstigen Lage und Bauart in besonderem Maße leidet. Allein, wenn wir diese Theorien annehmen wollten, so wüßten wir doch wiederum nicht, welches Organ durch jene Einflüsse krank gemacht und so zur Ursache der Halisterese wird, und zudem: Weshalb wirken jene Schädlichkeiten denn nicht auch bei unseren vielen anderen Geisteskranken? Zum mindesten müßten wir dann wieder eine Prädisposition bei den an Dementia praecox und an angeborenen Schwachsinnsformen leidenden Kranken zu Hilfe nehmen.

Diesen Fährlichkeiten geht *Ziegler* in seinem Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie vom Jahre 1898 aus dem Wege, indem er resigniert schreibt: „Die nähere Ursache der Auflösung der Kalksalze ist zurzeit noch unbekannt."

Wir sehen, die Frage der Ätiologie bei Osteomalacie ist noch in vollem Fluß. Das gleiche gilt für die Dementia praecox und die psychischen Entwicklungshemmungen.

Kraepelin und mit ihm andere Forscher sind geneigt, bei Dementia praecox ebenfalls Störungen im Stoffwechsel, und zwar eine Art von Selbstvergiftung als Ursache verantwortlich zu machen. Für diese Theorie spricht außer anderen Überlegungen auch der bemerkenswerte Umstand, daß die zweifellos eine Stoffwechselkrankheit darstellende Osteomalacie außer bei Dementia praecox usw. auch schon in erheblicher Zahl bei den ebenfalls zu den Stoffwechselerkrankungen gerechneten Krankheiten Tetanie, Morbus Basedow und Myxödem beobachtet worden ist, und daß insbesondere bei den beiden letztgenannten Erkrankungen schon mehrfach psychische Störungen nach Art der Dementia praecox


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auftraten. Nun denken aber *Kraepelin, Hoche* u. a. bei der Dementia praecox vorzugsweise an einen „mehr oder weniger entfernten Zusammenhang der Selbstvergiftung mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen", während Tetanie, Basedow und Myxödem als thyreogene bzw. parathyreogene Krankheiten gelten und die Osteomalacie, wie ich schon ausführte, von den einen als thyreo- bzw. parathyreogen erklärt wird, von den anderen als oophorogen — wenn ich dieses unschöne Wort gebrauchen darf.

Als Beitrag zur Entscheidung zwischen diesen sich entgegenstehenden, vielleicht durch *Latzkos* Anschauung zu überbrückenden Theorien lassen sich nun leider unsere vier Pforzheimer Fälle weder nach der einen noch nach der anderen Seite verwerten: nicht für die thyreo- bzw. parathyreogene Erklärung; denn bei keinem unserer vier Fälle wurde eine Erkrankung der Schilddrüse bzw. der Epithelkörperchen bemerkt; nicht für die ovariale Ätiologie: denn einerseits hing die Osteomalacie wie die Dementia praecox in unseren vier Fällen mit keinem Puerperium, also auch nicht mit den zu dieser Zeit mächtig veränderten Vorgängen in den Generationsorganen zusammen — es hat ja keine unserer vier Kranken jemals geboren —; andererseits fand sich nur bei der fast 80jährigen, vor dem Auftreten der Osteomalacie nahezu 60 Jahre lang in Anstalten befindlichen Patientin eine kleine, hier wohl belanglose Cyste im linken Ovarium, wie wir solche ja auch sonst nicht gerade selten bei Sektionen finden, ohne daß Osteomalacie vorliegt.

Um nichts zu vergessen, möchte ich hier einfügen, daß Lues, dieses ätiologische Mädchen für alles, bei keiner unserer vier Kranken nachzuweisen war, weder anamnestisch, noch klinisch, noch anatomisch, wenn auch bei Fall III, der früheren puella publica, die Möglichkeit der Infektion sehr groß war.

So kann ich also nur wiederholen, daß unsere vier Fälle zur Lösung der Frage nach der Ätiologie nicht hinsichtlich der Osteomalacie und natürlich noch weniger bezüglich der Dementia praecox und der, wenigstens nach *Weygandts* Auffassung, ätiologisch damit verwandten Gruppe des angeborenen Schwachsinns entscheidend in die Wagschale fallen. Daß es sich, gerade wie bei Osteomalacie, so auch bei den mehrfach genannten Psychosen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um Stoffwechselstörungen handelt, ist ja, namentlich nach den Ausführungen von *Kraepelin, Hoche* u. a., in hohem Maße wahrscheinlich.

Zum Schlusse muß ich leider sagen: Etwas Sicheres über die Ätiologie der Osteomalacie und der von ihr bevorzugten Psychosen steht nach den bisherigen Forschungsergebnissen noch nicht fest. Die auch durch unsere vier Fälle erhärtete Tatsache, daß die Osteomalacie unter den Geisteskrankheiten neben den angeborenen Schwachsinnsformen sich vorwiegend die Dementia praecox aussucht, berechtigt uns jedoch zur Annahme der Möglichkeit, wenn nicht gar der Wahrscheinlichkeit eines inneren, ätiologischen Zusammenhanges zwischen den genannten Krankheiten.

Ich kann somit, ähnlich wie auch *Haberkant*, in meinem Urteil nur zu einer sehr vorsichtigen Fassung gelangen, wie sie schon im Jahre 1890 von *Wagner* in seiner Arbeit „Über Osteomalacie und Geistesstörung" und von *Ziehen* noch in seinem Lehrbuch der Psychiatrie vom Jahre 1908 gegeben wurde. *Wagner* sagt: „Osteomalacie ist eine Krankheit des Stoffwechsels, und es wäre also auch denkbar, daß die Geisteskrankheit bei Disponierten durch Veränderung der Blutmasse und die hierdurch bedingte Ernährungsstörung des Gehirns hervorgerufen werden könnte." *Ziehen*, unter dessen als „chronisch-halluzinatorische Paranoia" bezeichneten Krankheitsform wir wohl im wesentlichen die Dementia praecox paranoides verstehen dürfen, gibt seiner Auffassung dahin Ausdruck: „Zweifelhafter ist die Bedeutung der Osteomalacie: zuweilen scheint sich eine chronisch-halluzinatorische Paranoia Hand in Hand mit einer Osteomalacie zu entwickeln. Bei beiden Krankheiten ist anzunehmen, daß dieselbe Stoffwechselstörung, welche das Knochensystem schädigt, auch Störungen in den Gehirnfunktionen bedingen kann."

Wenn solche Männer sich so vorsichtig ausdrücken, so kann ich mich erst recht nicht berufen fühlen, auf Grund des von mir beigebrachten Materiales, zur Entscheidung der ätiologischen Streitfrage, ob die Osteomalacie auf Funktionsstörungen der Ovarien oder der Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen oder auf keinem von beiden beruht, aber ebensowenig auch zur Aufstellung oder



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verteidigung einer Hypothese darüber, welcher Art der zweifellos bestehende Zusammenhang ist zwischen der Osteomalacie und den von ihr bevorzugten Psychosen. Solche Schlüsse kann und will ich nicht aus den von mir skizzierten vier Fällen ziehen.

Mit meinen Ausführungen wollte ich nur die sorgfältige Durchforschung des Materiales der Irrenanstalten auf das Vorkommen von Osteomalacie anregen und zugleich einen weiteren kasuistischen Beitrag liefern zu dem interessanten, die Irrenärzte schon seit geraumer Zeit beschäftigenden Thema: „Geisteskrankheit und Osteomalacie".

Literatur.

1. *Haberkant*, Osteomalacie und Dementia praecox. (Arch. f. Psych. Bd. 45 Heft 1.)
2. *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1904.
3. *Weygandt*, Idiotie und Dementia praecox. (Ztschr. f. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, Bd. I. — Ref. im Lit.-Heft d. Allg. Ztschr. f. Psych. f. 1907. Bd. 65.)
4. *Weygandt*, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. XXII. — Ref. in Mendels Neurol. Ztrbl. 1908. Nr. 2.)
5. *Finkelnburg*, Über Osteomalacie bei Irresein. (Allg. Ztschr. f. Psych. 1860. Bd. 17.)
6. *Wagner*, Über Osteomalacie und Geistesstörung. (Jahrb. f. Psych. 1890. Bd. 9.)
7. *Bleuler*, Zur Ätiologie und Therapie der nicht puerperalen Osteomalacie. (Münch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 15.)
8. *Bérard* et *Nordmann*, Sur un cas d'ostéomalacie infantile. (Lyon méd. 1904. Nr. 50. — Ref.: Virchow-Hirsch Jahresb. 1904. Bd. II.)
9. *Joachimsthal*, Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung. (Berl. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 44.)
10. *Looser*, Über Spätrachitis usw. (Mitteilg. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 18. — Ref.: Virchow-Hirsch Jahresb. 1907. Bd. II.)
11. *Hoennicke*, Über das Wesen der Osteomalacie usw. (bei Marhold in Halle a. S. — Ref. in Mendels Neurol. Ztrbl. 1905.)
12. *Hoennicke*, Theorie der Osteomalacie usw. (Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr. 44.)
13. *Hoennicke*, Demonstration eines Kaninchens mit experimentell-puerperaler Osteomalacie im Med. Ver. Greifswald. (Ref. in Dtsch. med. Wochenschr. 1906.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14. *Tolot* et *Sarvonat*, Osteomalacie et goître exophthalmique etc. (Rev. de méd. 1906. Nr. 5. — Ref. in Virchow-Hirsch Jahresb. 1906. Bd. II.)
15. *Theilhaber*, Behandlung der Osteomalacie. (Ztrbl. f. Gynäk. — Ref. in Dtsch. med. Wochenschr. 1906.)
16. *Erdheim*, Über Epithelkörperbefunde bei Osteomalacie. (Sitz.-Ber. d. kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. Bd. 116 Abt. 3. — Ref. in Virchow-Hirsch Jahresb. f. 1907. Bd. II.)
17. *Erdheim*, Tetania parathyreopriva. (Mitteilg. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. — Ref. in Mendels Neurol. Ztrbl. 1907. Nr. 6.)
18. *Biedl*, Innere Sekretion. (Wien 1904. Separatabdruck aus d. Wiener Klinik 1903.)
19. *Nonne*, Vorstellung einer osteomalacischen Frau im Hamburger Ärzteverein 1905. (Ref. in Mendels Neurol. Ztrbl. 1905.)
20. *Everke*, Die Osteomalacie in Westfalen. (Vortrag in der Vers. der dtsch. Naturf. u. Ärzte in Stuttgart 1906. — Ref. in Dtsch. med. Wochenschr. 1906.)
21. *Latzko*, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag *Cramers* (Bonn) über „Ovarien und Osteomalacie". (Vers. d. dtsch. Naturf. u. Ärzte in Köln 1908. — Ref. in Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 40.)
22. *Latzko*, Bericht über 6 Fälle von Osteomalacie. (Sitzung des Ver. f. Psych. u. Neurol. in Wien 1901. — Ref. in Jahrb. f. Psych. 1901. Bd. 20.)
23. *Eichhorst*, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 1887.
24. *Busch* (*M. Schüller*), Osteomalacie. (Eulenburg Real-Enzykl. 1888.)
25. *Ziegler*, Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1898.
26. *Hoche*, Über Dementia praecox. (Dtsch. Klinik. 1902. Bd. 6.)
27. *Ziehen*, Psychiatrie. III. Aufl. 1908.

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns[1]).

Von

Dr. med. **Hermann,** Anstaltsarzt.

Kraepelin sieht in dem Wahn der körperlichen Beeinflussung eine Grundstörung der Dementia praecox. Aus dem Verlust der Herrschaft über den Willen entspringt das Gefühl der Abhängigkeit von fremder Macht. Die Vorstellung, daß fremde Gewalten auf dem Wege der Telepathie in das Getriebe des eigenen Körpers, in Empfindungen, Gedanken und Willenshandlungen eingreifen, ist der Ausdruck jener Willensstörung, die auch im ganzen äußeren Verhalten des Kranken mit Dementia praecox erkennbar wird. Mit dem Fehlen der selbständigen Willensstörung bei Paranoia steht das Fehlen des körperlichen Beeinflussungswahnes in engster Beziehung. *Wernicke* schildert den physikalischen Verfolgungswahn als eine Form des Erklärungswahns bei Veränderungen des Bewußtseinsinhaltes, meist infolge von Sinnestäuschungen. Die Halluzinationen und abnormen Sensationen werden auf die Außenwelt bezogen, und der Verfolgungswahn wird dann nach zwei Richtungen hin systematisiert: einmal durch Erklärungswahnvorstellungen, die sich auf die Tatsache der Halluzination selbst beziehen (physikalische Kenntnisse), dann durch solche, die die Urheber und Beweggründe der Verfolgung betreffen. Als Voraussetzung systematisierender Erklärungswahnideen muß das logische Bedürfnis und die logische Fähigkeit zu einer Erklärung der befremdlichen Erscheinungen vorhanden sein. Der Inhalt des Erklärungswahns zeigt sich außerdem von der Individualität des Kranken, besonders von seinem naturwissenschaftlichen und sonstigen Bildungsgrad abhängig. Er wechselt mit den beherr-

[1]) Aus der rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

schenden Ideen des Zeitalters, vom Besessenheitsglauben über Elektrizität, Telephon, Hypnose bis zur drahtlosen Telegraphie, Radiumlicht und *Bier*scher Rückenmarksanästhesie.

Schüle spricht von der „neuralgischen Psychose“, da hier spinale Hyper- und Parästhesien transformiert werden in Tätlichkeiten seitens der Verfolger. „So entsteht ein psycho-physiologischer, zerebrospinal eingeschliffener Circulus vitiosus. Das Ich ist schließlich nur noch passiver Durchgangs- und Augenblickssammelpunkt. Der Kranke fühlt sich als Opfer einer sein innerstes Denken beschlagenden Beeinträchtigung. Es bleibt nur das ungeheuere Gefühl des Überwältigtseins.“

Gross sieht in den katatonischen Erscheinungen Veränderungen des Willens durch ein Agens, welches außerhalb der Ich-Kontinuität gefühlt wird und demzufolge als fremde Macht gedeutet wird. Die katatonischen Erscheinungen sind eine jeweilige Substituierung des Willens der Ich-Kontinuität durch einen Einschub aus anderen Bewußtseinsreihen. Die Wurzeln aller automatischen Phänomene ruhen in unbewußten Assoziationsverbänden. Zerfällt das Bewußtsein durch Erkrankung des obersten regulierenden Prinzips der Psyche (Dissoziation), so sind zugleich auch die neben dem Bewußtsein existierenden Komplexe von jeder zielbewußten Hemmung befreit und können automatisch in das Ichbewußtsein einbrechen.

Jung erklärt die katatonen Symptome als Wirkungen eines das Seelenleben beherrschenden, autonomen Komplexes. Sie sind jedenfalls inhaltlich zum Teil durch einen solchen determiniert. Es kommt zu plötzlichen Einbrüchen des Komplexes in das Bewußtsein, zu Hemmungs- und Sperrungserscheinungen auf anderen Gebieten (Gefühl der Fremdartigkeit, des Überwältigtseins, Gedankenabzug), Absperrungsmechanismen um den Komplex herum, die zu allgemeinem Negativismus ausstrahlen können usf.

Es geht aus diesen Erklärungsversuchen hervor, wie fast mit Notwendigkeit die Erklärungsidee des Beherrschtseins von fremder Macht und der Wahn körperlicher Beeinflussung auftreten muß, wenn das Ichbewußtsein ratlos den von ihm losgelösten sensorischen, motorischen und intrapsychischen Einbrüchen gegenübersteht. Wir dürfen annehmen, daß das Bedürfnis nach einer





Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solchen Erklärung nicht groß ist, wenn der intrapsychische Assoziationszerfall sehr hohe Grade annimmt. Je mehr unbeteiligte Gebiete des Ichbewußtseins aber passiv den fremdartigen Vorgängen gegenüberstehen, um so logischer, wohl gar systematisierend wird der Erklärungswahn sein, so daß selbst rein paranoische Bilder durch denselben Vorgang hervorgerufen werden können, der in schwererer Form nur affektlose, zerfahrene Wahnbildung mit späterer faseliger Verblödung erzeugt. Wir werden nachher Fälle bringen, in denen in der Tat paranoische Bilder in katatone Verblödung übergehen. Wir betreten damit das Grenzgebiet der Paranoia und Dementia praecox, beide Krankheiten im *Kraepelin*schem Sinne. Durch die neueren psychologischen Erklärungsversuche hat die Annahme *Kraepelins*, daß der physikalische Verfolgungswahn für Dementia praecox pathognomonisch sei, nur neue Stützen bekommen. Daß physikalische Verfolgungsideen bei organischen Psychosen (Dementia senilis, Paralyse etc.) vorkommen, spielt hier natürlich keine Rolle, es kann sich nur um die Abgrenzung gegen die Verstandeskrankheit Paranoia handeln, die eben grundsätzlich nicht mit einer Willensstörung einhergeht und bei der die Sinnestäuschungen nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Pfersdorff berührt in seiner Arbeit über den physikalischen Verfolgungswahn die differentialdiagnostische Bedeutung desselben nicht. *Kölpin* lehnt die Bedeutung für die Dementia praecox ab mit der Begründung, daß gerade in den Grenzfällen, der paranoiden Demenz, alle übrigen Symptome jener charakteristischen Willensstörung (Befehlsautomatie, Negativismus etc.) meistens vermißt werden. Mit seinem Vorschlag, die Dementia paranoides einfach als Krankheit sui generis aufzustellen, ist ihr Wesen natürlich nicht aufgeklärt.

Wir haben uns von dem Vorhandensein des physikalischen Verfolgungswahns leiten lassen in einer Auswahl von Fällen der paranoiden Demenz bezüglich Paranoia und in einigen durch Verlauf und Ausgang Aufschlüsse über die Natur der Erkrankung erhalten. Ohne Wert auf die Zahlenverhältnisse zu legen, will ich sie der Vollständigkeit halber kurz anführen. 1000 Patienten, 43 % Dementia praecox - Paranoia, davon etwa die Hälfte im



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Endzustand. Bei 440 Dementia-praecox-Kranken fand sich etwa 130mal physikalischer Verfolgungswahn notiert. Dabei sind Vergiftungsideen und Gehörstäuschungen nicht mitgezählt; dieselben wurden selten vermißt.

Die Hebephrenie lieferte uns nur zerfahrene, nicht weiter ausgebaute physikalische Verfolgungsideen, die die quälenden Sensationen oft in läppischer Weise erklärten. Bei den Fällen ausgesprochener Katatonie ließen sich noch weniger solche Ideen feststellen, am ehesten noch die Angabe des Zwanges auf psychomotorischem Gebiet. Dagegen fanden wir in zahlreichen Fällen von paranoider Demenz bald mehr zerfahrene, bald mehr affektbetonte und ausgebaute, oft konsequent und gleichförmig festgehaltene Klagen über physikalische Verfolgungen. In sechzehn Fällen beherrschte der physikalische Verfolgungswahn dauernd oder zeitweise das Krankheitsbild. Davon verdanke ich zwei Fälle Herrn Professor *Aschaffenburg* (Fall VIII und IX), einen Fall der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düren (Fall X).

Wir wollen nunmehr diese Fälle betrachten.

Fall I. R., ♀, erkrankt mit 37 Jahren, Krankheitsdauer 7 Jahre. Massenhafte, buntwechselnde, abenteuerliche, unzusammenhängende physikalische Verfolgungsideen auf Grund von sexuellen, elektrischen, neuralgischen, akustischen, taktilen Empfindungsstörungen. Nach 2 Jahren Größenideen, Wortsalat, Unruhe, Demenz, zahlreiche Manieren. Wortneubildungen. Stereotype, wunderliche Haltungen. Läppisch. Verfolgungsideen spärlich, konfus, ohne Affekt. Faselige Verblödung.

Fall II. F. ♀, erkrankt mit 39 Jahren, Krankheitsdauer 7 Jahre. Akustische Halluzinationen, zerfahrene physikalische Verfolgungsideen (elektrische, optische, neuralgische, abenteuerlich hypochondrische Allgemeingefühle, Parästhesien). Nach 3 Jahren ganz zerfahren, faselig, affektlos, voller Manieren, untätig, unordentlich, Wortneubildungen, Sprachverwirrtheit, Faselige Verblödung.

Fall III. J. ♀, erkrankt mit 37 Jahren, Krankheitsdauer fünf Jahre. Verfolgungsideen (sexuelle, neuralgische, Allgemeingefühl), physikalisch, immer abenteuerlicher werdend. Nach 5 Jahren mit unsinnigen Größenideen durchmischt, ohne Zusammenhang. Sehr gereizt, häufig aggressiv. Unordentlich, untätig. Sprachverwirrtheit, Wortneubildungen, Katatonische Schriftstücke, Manieren.

Fall IV. B. ♀, erkrankt mit 41 Jahren, Krankheitsdauer drei Jahre. Physikalische Verfolgungsideen (sexuelle, neuralgische, Organ-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

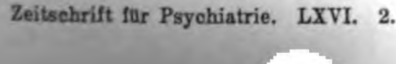
gefühle), konfuse unsinnige Verfolgungsideen. Geziertes Wesen. Nach 2 Jahren faselige Demenz, Manieren, unordentlich, untätig. Dauernd leicht erregt. Sprachverwirrtheit.

In diesen vier Fällen ließ der Verlauf, die Beimischung katatonischer Züge, insbesondere der frühzeitige Ausgang in charakteristische Verblödung keinen Zweifel an der Natur des physikalischen Verfolgungswahns. Fall V zeigt nach 3/4 jähriger Dauer eines schweren physikalischen Verfolgunswahns einen katatonischen Stupor. Fall VI bietet im Verlauf das Bild der Paranoia completa *Magnan*s, die wir wegen der eintretenden Demenz und der begleitenden katatonen Symptome den paranoiden Formen der Dementia praecox zurechnen.

Fall V. W. ♂, erkrankt mit 31 Jahren, Krankheitsdauer 1 Jahr. Gift im Essen, wird gehänselt, gezwungen alles zu zerschlagen. Magnetische Illusionen von Frauenzimmern, um ihn zur Wut und Zerstörung zu reizen. Magnetische Suggestionen von seiten der Ärzte sexuellen Inhalts. In hypnotischem Zustande allerlei Experimente mit ihm gemacht. Zu unsittlichen Zwecken benutzt. Vorübergehend Mutazismus, Salivation. Röntgenapparat über der Zimmerdecke. Andauernd „magnetische Schlafversuche" mit ihm angestellt. Nach 3/4 Jahren katatonischer Stupor, mit starrem Negativismus, Salivation, vorübergehend Grimassieren. Liegt zurzeit (bereits ½ Jahr) noch im Stupor.

Fall VI. H. ♀, erkrankt mit 36 Jahren, Krakheitsdauer 26 Jahre. Physikalische Verfolgungsideen, in systematisierender Weise gegen einen Kaufmann gerichtet. Der habe sich in ihre Natur versenkt, „eingeschlagen", mache ihr Zucken. Wird im Leib gepackt und gezwackt, der Kaufmann sitze in den Röhren, aber nicht in Fleisch und Blut. Habe ihren eigenen Willen nicht. Er macht Töne in ihr, mit seinem Geist und Ton sitzt er zwischen seiner und ihrer Natur. Wird am Ohrläppchen gezupft. Nestelt dabei wochenlang stereotyp am Ohrläppchen, bis es wund ist, brüllt sinnlos auf, grimassiert, schnalzt. Werde „am Leibe gemördert". 3 Parteien streiten in ihr, die reißen sie hin und her, hat in der Tat Muskelzuckungen, klonische isolierte Krämpfe, grimassiert stark. Wahnideen werden abenteuerlicher, eine Glasstange sei ihr aus dem Kopf gedreht worden, diese fehle nun, usf. Nach 10 Jahren nur noch zerfahrene Verfolgungsideen allgemeiner Art, dagegen deutlicher faseliger Schwachsinn und abundante, sinnlose Größenideen (nunmehr bereits 16 Jahre). Jetzt faselig, untätig, konfuse, unsinnige Größenideen, kindliches Wesen.

Der nächste Fall zeigt den Verlaufstypus der halluzinatorischen Verrücktheit *(Kraepelin)*. Primär motorische Symptome der Katatonie fehlen, gewisse Absonderlichkeiten des Handelns





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden ausgiebig auf Grund von Sinnestäuschungen erklärt. Das ganze Interesse der Kranken ist von ihrem Leiden, unaufhörlichen körperlichen Qualen und Beschimpfungen durch feindselige „Völker“ seit zwölf Jahren eingenommen. Daneben ist allerdings eine gewisse Zerfahrenheit, Unordentlichkeit und Schrullenhaftigkeit unverkennbar.

Fall VII. H. ♀, erkrankt mit 40 Jahren, Krankheitsdauer 12 Jahre. In der Pubertätszeit geisteskrank. Darnach 20 Jahre abnorm im Charakter, aber als Musiklehrerin mit Erfolg tätig. Fühlt seit 12 Jahren, wie sie geschlechtlich gebraucht wird, wie man ihr Haarnadeln ins Fleisch steckt, sie betäubt, ihr Petroleum in Haar und Kleid gießt, ihr abscheuliche Worte in den Mund gibt. Hört andauernd quälende, drohende, befehlende Stimmen, denen sie gehorchen muß. Dauernd schmerzhafte neuralgische oder parästhetische Sensationen, die sie wahnhaft auf die Verfolger deutet, mit natürlichem, mehr unglücklich-ratlosem als feindseligem Affekt.

Wir bringen weiter drei Fälle, die sich durch Verlauf und Ausgang als der Dementia praecox angehörig erwiesen haben, nachdem jahrelang ein mehr paranoisches Bild eines systematisierten, physikalischen Verfolgungswahns bestanden hatte. In Fall X war der Ausgang in Demenz allerdings nicht so deutlich, dafür bestand neben einer ausgesprochenen Urteilsschwäche und einzelnen Manieren ein primäres motorisches Symptom katatonen Ursprungs. Fall IX betrifft einen Arzt, dessen systematische Wahnbildung besonders wissenschaftlich ist.

Fall VIII. E., Oberpostsekretär, erkrankt mit 37 Jahren, Krankheitsdauer 15 Jahre. 1892 erkrankt, behorcht, beobachtet durch Löcher, wird hypnotisiert. Sieht und hört Verwandte. Unsinnige, phantastische Größenideen. Wälzt sich im Bett, schlägt dabei um sich. Fortwährend Gehörstäuschungen sexuellen Inhalts. Verirrt, unruhig. Halluzinationen des Gesichts und Geruchs. Sehr erregt. Verweigert Nahrung. Hypochondrische Wahnideen. Von den Ärzten hypnotisiert. Es finde Kugelung statt durch die Logenbrüder. Unzugänglich, verstimmt, häufig unsauber, stuporös. Wirft sich auf den Boden. Sei Großlogenmeister, unter die Fürsten aufgenommen. Selbstgebildete Worte. Zeigt einzelne Manieren und Schrullen. Hat zahlreiche quälende und schmerzhafte Sensationen, über die er nunmehr andauernd klagt, nennt sie „Fellowverhöre, Lotentziehungen“. In Narkose (objektiv: Stupor!) werde ihm Verstand und Herzlot entzogen. Er werde eingeschraubt wie tot, die Glieder würden dabei steif. Andere Gedanken würden ihm aufgedrungen, seine eignen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen. Affentänze würden vor ihm aufgeführt (Gesichtshalluzinationen), um ihn zu verhöhnen. — 1893. Andauernd Lotentziehungen. Bleimantel um ihn gegossen, schmerzhafte Fersenstiche werden ihm gegeben. Redet faselig, stereotyp. Andauernd quälende Sensationen, schimpft darüber. Hirn werde ihm umgedreht etc. Von den Stimmen gezwungen, Scheiben einzuschlagen. — 1894. Grimassieren, stereotype Bewegungen, Selbstbeschädigungen. Neuralgische Sensationen. Verfolgungsideen mehr verworren. — 1895. Verworrenes Gefasel, schmerzhafte Sinnestäuschungen geringer. Wird sehr schmutzig. Meckert, verbigeriert, zeigt Manieren. Wird teilnahmlos, reizbar. — 1897. Ab und zu erregt über das „ewige Kommandieren". Im allgemeinen stumpf. „Fellowverhöre" finden auch noch statt. Ist häufig läppisch albern, verfaßt schwachsinnige, sinnlose Reime. — 1898. Abweisend. — 1899. Wechselnd. Bald ruhig, gleichgültig, bald erregt, wenn er wieder unter Verfolgungen leidet, anscheinend akustischer Art. Spricht eine absolut sinnlose, grunzende und brummende Sprache, die sog. „Affensprache". Schreibt unsinnige Sätze. Stumpf, nimmt gezwungene, stereotype Haltung ein. Läppisch, dement. Faselige Verblödung.

Fall IX. B., Arzt, erkrankt im 31. Jahr, Krankheitsdauer 13 Jahre. 1894 erkrankt. Hörte drohende Stimmen, fühlt sich durch Geheimpolizisten verfolgt und belästigt, wollte sich mit geladenen Gewehren verteidigen. Würde auf elektrischem Wege gequält. — 1897. Gedankenunterschiebe durch Geheimagenten. Werde „erektioniert, pollutioniert, und anhalluziniert". Hatte stets ein „Elektrizitätsgefühl" von „Zitterstrom", eine „verkappte Behandlung". Seit seinem Staatsexamen (1888) werde er, nachdem er einen halluzinatorischen und einen Stuporzustand habe durchmachen müssen, durch den „elektrischen Herzklopfer" von einem „Geheimagentenbund" mißhandelt. Schwere Supraorbital- und Sacralneuralgien würden ihm mittels der „Brennelektrode" gemacht, ebenso Gelenkversteifungen. Auch erhalte er häufig den „Nagelschlag auf den Kopf", sowie den „Ohrenschlag", alles auf elektrischem Wege. Hat seine Wohnung und sein Bett durch Glasplatten und Drähte isoliert. Es bestehe eine andauernd in Tätigkeit befindliche Verhörsschule der Geheimagenten, außerdem ein „elektrisch-hypnotisches Aufoktroyierungssystem von Gedanken". — 1895. Beklagt sich über nächtliche Skandale und reichsgerichtliche Prozeßkomödien. Elektrisch-hypnotische Bilder- und Gedankenübertragung. Schreibt eine korrekte, sehr ausführliche wissenschaftliche Abhandlung über seine Leiden, queruliert in zahllosen korrekten Schriftstücken an die Behörden etc. Schreibt darin unter anderem: „Meine angebliche Geisteskrankheit ist eine vorgetäuschte. Die Krankheitserscheinungen wurden durch Einwirkung von elektrischen Kraftströmen und durch auf physikalischem Wege hervorgebrachte Vortäuschung von Halluzinationen erzielt. Das bei der Erzeugung dieser Erscheinungen angewandte Verfahren wurde von mir zweifelsfrei ermittelt.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mit Hilfe der elektrischen Gedankensprache werden meine Gedanken gelesen und nachts Straßenskandal erzeugt". — 1897. Ablehnend, gereizt, mißtrauisch. Er werde zu Koitierzwecken mißbraucht, es stinke überall. — 1898. Unnahbar, finster, läßt Haar nicht schneiden. Bringt sich mit dem Dreyfußprozeß in Verbindung. Schmutz werde ihm in die Nase gesteckt, in einem Betäubungszustand werde Päderastie mit ihm verübt. — 1899. Aggressiv. — 1902. Dauernd unzugänglich, stumpf. — 1905. Faßt alles mit Papier an. Völlig abweisend, mutazistisch, negativistisch. Ohne Interessen. — 1907. Stumpf, untätig, schreibt hier und da noch einmal ein Schriftstück querulierenden Inhalts. Ablehnend.

Fall X. H., Arbeiter, erkrankt mit 26 Jahren, Krankheitsdauer 12 Jahre. Geboren 1871. Schon in der Kindheit zeitweise „Anfälle von Verrücktheit", bestehend in „Trübsinn mit ununterbrochenem Kopfnicken". 1888 und 1891 bestraft, vagabundierte dann, war gewalttätig. 1896 Notzuchtversuch. 3 Jahre Zuchthaus. Im Zuchthaus queruliert er, tut nichts, äußert Verfolgungsideen. Deshalb zur Irrenanstalt Düren. Im Zuchthaus sei ihm eine Maschine angesetzt worden, die ihm die Lunge ausgepreßt habe, so daß sie tropfenweise zur Nase ausgeflossen sei. Das Gewissen sei ihm aus dem Herzen in den Kopf, das Gehirn herausgetrieben worden. Das Gewissen anderer sei ihm eingegeben worden. Mit einem magnetischen Apparat würden Stimmen erzeugt, die ihm überall folgten. Seine Beine würden durch diese Maschine in die Höhe gezogen, der Darm heraufgezogen und die Gurgel durchschnitten. In den Backen fühle er es wie Messer, jedesmal wenn der Apparat angesetzt würde. Zahlreiche hypochondrische Beschwerden. Verlangt nach Gericht etc. Schroff, herrisch, gewalttätig, diktiert den Ärzten Zuchthaus. Sei vom Teufel besessen. Schüttelt tagelang heftig stereotyp den Kopf, bis derselbe ganz rot wird. Es sei viel Schweinsblut im Kopf, das müsse er herunterschütteln. — 1898. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Mit Kot unrein. Zerreißt. Stereotypes Kopfschütteln. Häufig erregt, bringt andauernd die Klage über den magnetischen Apparat, schreibt fast täglich dergleichen „Notklagebriefe" an Behörden, verlangt 500 Mk. Entschädigung pro Tag. Größenideen, sei sehr reich, habe hier allein zu befehlen. Verlangt in einem verbigerierenden Schriftstück eine nach Quinquillionen zählende wöchentliche Entschädigungssumme von Gericht, Kirche, Staat etc. Katatone Schüttelbewegungen des Kopfes tagelang. Fürchterliche Drohungen gegen die Ärzte, sollten den Apparat wegnehmen. Er sei reicher als Krupp und Rothschild, ganz Gladbach gehöre ihm. Kot werde aus dem After in den Kopf gepumpt, sein Penis rutsche ins Gehirn, habe Teer statt Blut und Sch.... im Kopf. Greift die Ärzte, die mit „Strahlen" an seinem Körper arbeiteten, an, aus „Notwehr". — 1900. Mit elektrischer Maschine werde ihm der Kopf offen gemacht, die Herzkammer mit Gedärmen in den Kopf hineingedreht, so



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß er es vor Schmerz nicht aushalten könne. „So muß ich den Strom der elektrischen Maschine überwältigen, so daß ich den ganzen Kopf zerschlagen habe und auch mit Armen und Füßen schlagen muß, weil sie meine Familie und fremde Frauenspersonen auf mich anziehen mit dem Strom.“ „Meine Freiheit und mein Körper ist nicht zu bezahlen, die Kosten fallen den 5 Erdteilen zur Last.“ Er habe eine schlechte Schrift „wegen Störens der Feder durch die elektrische Maschine“. Ihm werde der „Körper mit Lebenskraft abgefoltert, 40—50 Pfund vom Gewicht seien ihm abgefoltert. „Alle Geisteskranke dieser Anstalt werden in mich hineingepreßt, wo mir Gedanken von anderen Leuten in meinem Verstand ausbrechen.“ Durch den „Gewissensspiegel“ habe die Direktion seinen Reichtum herausgefunden. Sei lebensgefährlich halb ermordet, auf elektrischem Wege getötet und halb begraben. Häufig sinnlos wütend darüber. — 1901. Sagt täglich sein stereotypes Sprüchlein an die Ärzte, schreibt stereotype „Notklagebriefe“. Zeitweise mehr affektlos. Eitel. Verlangt noch oft, man solle den magnetischen Strahlenapparat von ihm abnehmen. — 1904. Wieder sehr gereizt über die Folterqualen, queruliert andauernd in Briefen an Papst, sozialdemokratische Partei, Kaiser. Untätig. — 1907. Querulierender Paranoiker. Benehmen geordnet, höflich, hat Interesse, protestiert lebhaft gegen Entmündigung und Festhaltung. Schreibt logische Briefe an Rechtsanwälte etc., stellt Strafantrag gegen alle, die seine Briefe nicht beantwortet und ihm nicht geholfen haben. „Fremde Menschen werden in meinen Körper hineingepreßt, so daß ich nicht mehr Herr bin über meinen Körper zu verfügen.“ Liest Zeitung, spielt Karten.

Die folgenden sechs Fälle zeigen nur Andeutungen katatoner Zeichen oder nichts davon. Gemeinsam ist ihnen der körperliche Beeinflussungswahn, der je nach dem Bildungsgrad und den zugrundeliegenden Sinnesempfindungen und je nach der Beteiligung des Ichbewußtseins an dem Sejunktionsvorgang verschiedenen Ausdruck annimmt. Was aus den z. T. noch frischen Fällen im weiteren Verlauf wird, läßt sich natürlich nicht erkennen. Wir hätten in ihnen nach unserem Schema der Dementia sejunctiva Phasen zu sehen, in denen der Sejunktionsvorgang vorwiegend die sekundäre Identifikation der psychosensorischen Bahn betroffen hat und die erklärende Arbeit der intrapsychischen Bewußtseinsvorgänge je nach deren Mitbeteiligung herausfordert. Die Sinnestäuschungen betreffen in den meisten Fällen die gesamte Körperfühlsphäre ebenso wie das Wortklangbildzentrum.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall XV spielt sich vorwiegend auf dem Gebiet der Denk- und Willensstörung ab und wird vom Patienten, der Theologe ist, folgerichtig durch Suggestionswirkungen erklärt. Der Wahn ist systematisiert, ebenso wie der sexuelle Verfolgungswahn in Fall XVI.

Fall XI. Br. ♀, erkrankt mit 46 Jahren. Krankheitsdauer fünf Jahre. Fühlt häufig den Koitus durch einen und mehrere Männer. „Bedienung.“ Muskelzuckungen, „müsse das tun“. Man habe ihr Messer in die Lunge gestoßen, habe das auch sagen hören. Ewige Sprecherei und Gedöhns, fange im Unterleib an. Feiner Staub auf sie geworfen, davon Mund dick, alles wund. Abscheulicher Gestank, immer innerlicher Brand. Dauernd ruckartige Bewegungen „von der Bedienung“. Ovarie. Pupillen different. 2 Jahre später ganz ablehnend, teilnahmlos, reizbar, leidet noch viel, zerfahren, gleichgültig. Habe keine Haut mehr, Gebärmutter mit dem Kind werde ihr aus dem Leibe gerissen. Einmischung von Größenideen, habe überall hin freie Fahrt erster Klasse, alles gehöre ihr. Nach 5 Jahren ablehnend, teilnahmlos, bringt zeitweise zerfahrene Wahnideen betreffs körperlicher, meist sexueller Empfindungen, oft mit Lächeln. Maßlos grobpolternd zu anderen Zeiten, ohne erkennbaren Grund.

Fall XII. Kr., ♀, erkrankt mit 45 Jahren (?), jetzt 12 Jahre krank. Beeinträchtigungsideen. Glaubte sich durch Löcher beobachtet, hypnotisiert. Durch Stimmen Befehle. Es wurden ihr Stücke Fleisch ausgeschnitten, wurde durch Röntgenlicht gequält. Nach 12 Jahren weitschweifige, etwas konfuse Reden ohne rechten klaren Inhalt, über „böse Leute“, „ausstudiertes Machwerk“, das über sie ergangen sei, Sprechkunst, Magneten und elektrische Apparate kämen dabei zur Anwendung. Muß alles „nach den Künsten“ tun, wird durch Hypnose machtlos gemacht. Geziertes, süßliches, heimlich- und wichtigtuendes Wesen, sonst geordnet, fleißig, Interesse vorhanden.

Fall XIII. B., ♂, erkrankt mit 32 Jahren, Krankheitsdauer sechs Jahre. ca. 1902 maniriert, überspannt, konfuse Verfolgungs- und Vergiftungsideen. — 1906. Vorübergehender Stupor. Höre Stimme auf 2 km Entfernung. Räuber graben Gänge nach ihm. Lunge fort, werde zerstört, langsam zu Tode gemartert. Verlangt Hilfe gegen seine Peiniger. — 1907. Klagen über Schikane der Kriminalisten. Alles im Munde werde von oben her magnetisiert, Speiseröhre dann ganz trocken, müsse den Bissen sofort ausbrechen. Erhalte Schlaftraummedizin. Andauernd magnetisiert, brüllt laut, mit Magneten bohrten sie ihm im Leib herum, zerstört Fensterscheiben. — 1908. Häufig mutazistisch ablehnend.


Digitized by Google


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall XIV. N., ♂, erkrankt mit 24 Jahren, jetzt 2 Jahre krank. 1905. Im Zuchthaus „unter dem Draht“. Er sei elektrisch, der Draht leite ihn überall hin. Mit Hilfe desselben würden auch Dämpfe von außen zugeführt und sein Gewissen durchforscht. — 1906. Die elektrischen Drähte und Dämpfe veröffentlichen alle seine Gedanken der Außenwelt und leiten alle seine Gedanken bis ins Kleinste. Dadurch „innerer Reinigungsprozeß“. Werde schikaniert, durch den Arzt körperlich krank gemacht. — 1907. Wahn unverändert. Seine frei herumfliegenden Gedanken würden kontrolliert.

Fall XV. E., Theologe, ♂, erkrankt mit 29 Jahren, krank seit 6 Jahren. 1901. Sinnestäuschungen, Mißtrauen, Größenideen. Untätig. Suggestive Kräfte machten ihn zum Spielball anderer Leute. — 1906. Zahlreiche Gehörstäuschungen und autochthone Gedanken, die er auf Suggestionen zurückführt. Werde zu sprechen und onanieren gezwungen, sei ein unfreier Mann, alles durch Suggestionen. Unter Suggestion verstehe er, daß durch die verstärkte Nervenelektrizität eines Einzelnen, ohne daß gesprochen werde, ihm unsittliche Gedanken mit dem Zwange, sie auszuführen, übertragen würden. Der Einzeine erlange die verstärkte Nervenelektrizität erst durch einen Geheimbund, er glaube, daß die Loge dahinterstecke. Beziehungswahn, auch retrospektiv. Hört, was der Arzt andern durch Telepathie sagt. Hat allerlei schrullenhafte Interessen und Beschäftigungen, tut auch zwischenein etwas Nützliches. Geordnet, höflich, liest mystische Schriften.

Fall XVI. L., ♀, erkrankt mit mindestens 39 Jahren, krank seit mindestens 3 Jahren. Läßt sich von allen möglichen Ärzten untersuchen und Scheine ausstellen, da sie nachts andauernd sexuell belästigt werde. In das System wird nach und nach alles, Ärzte, Behörden, Polizei, Gericht, Post einbezogen. — 1906. Glaubt schwanger zu sein, es würden durch Blutentziehungen Abtreibungsversuche gemacht usw. usw. Deutet Flecken, Staub, usw. im Sinne ihres Wahnes. Dazwischen Größenideen: sei vornehmer Herkunft, große Millionenerbschaft werde ihr vorgehalten. — 1908. Queruliert um Entlassung und Verfolgung ihrer Verfolger. Ihr ganzes Interesse ist von dem Wahnsystem beschlagnahmt. Natürliche Affektbetonung, keine Manieren oder Schrullen, mißtrauische, gewandte und schlagfertige, querulierende Paranoica, die nur ihrem System lebt. Im höchsten Grade fluchtbegierig. Kann sich im freien Leben aber nicht mehr zurechtfinden, verarmt und verkommt völlig. Benutzt die neuesten medizinischen Errungenschaften zur Erklärung ihrer Sensationen, z. B. Radiumlicht, *Bier*sche Lumbalanästhesie. Reichlich ausgebauter, eingehend begründeter originärer Größenwahn (retrospektiv). Richtet die heftigsten Anschuldigungen, meist sexueller und hypnotischer Art, gegen Polizeibeamte und Ärzte.

Zum Schlusse sei noch über zwei Fälle aus anderen Gründen berichtet. In Fall XVII, der lange Zeit für eine progressive Para-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lyse gelten mußte, spielte der physikalische Verfolgungswahn eine differentialdiagnostisch wichtige Rolle gegenüber der Dementia praecox. Fall XVIII betrifft eine im Praesenium befindliche Frau, die erst seit zwei Jahren krank sein soll (?), mit einem durch zahlreiche wunderliche Ausdrücke ausgezeichneten physikalischen Verfolgungswahn bei sonst geordnetem Verhalten und Denken.

Fall XVII. Pl., ♀, erkrankt mit 34 Jahren, jetzt 2 Jahre krank. Depression, Verfolgungsideen, reichliche Gehörstäuschungen. Leichte Hemmung. Voller Wahnideen. Wird beständig von stinkenden Gerüchen, die sie „Pamphen“ nennt, belästigt. Versündigungsideen, auch bei heiterer Stimmungslage voller depressiver Wahnideen. Spuckt sehr viel. Sammelt wertlose Gegenstände, stolziert hoheitvoll verachtend umher. Will nach Amerika. Halluziniert viel. Häufig maßlos schimpfend und erregt. Schutzmaske gegen die „Pamphen“. Werde durch „Souffliersprache“, sowie durch allerhand „Formeln, wie Blumenformel, Tierformel“, von den „Markierfrauen“ belästigt. Werde von der Nachtwache andauernd „geschafrichtert“, durch „Abfrage, was mir passiert ist.“ Auch sexuelle Belästigungen. Ferner würden ihr Worte, Gedanken und Buchstaben entzogen, so daß ihr oft der angefangene Satz plötzlich abgeschnitten werde. Bei Nachsprache von Probewörtern mühsame, etwas verwaschene Artikulation und Silbenstolpern. Das komme eben „von zuviel Beeinflussungen“. Dabei ist die Sprache stets eigentümlich geziert, mit vorwurfsvoller Betonung und vornehmem Akzent, leicht schleppend und etwas verwaschen. Beim Schimpfen gelegentlich Silbenstolpern, aber nur sehr vereinzelt, Pupillen stets different, r. < l. Die rechte Pupille ist eng, kreisrund und reagiert träge auf Lichteinfall, die l. mittelweit rund, reagiert prompt. Fazialisinnervation, Zunge symmetrisch. Sensibilität o. B., Patellarreflex von mittlerer Lebhaftigkeit. Zeitliche Orientierung stets gut. Merkfähigkeit o. B. Geziertes, hoheitvolles Benehmen, durch Wahnvorstellungen beeinflußt. Keine Manieren oder Stereotypien. In letzter Zeit Größenideen. Habe einen Mann, besitze eine Farm in Nordamerika, habe sehr viel Geld.

Fall XVIII. Sch., ♀, erkrankt mit 56 Jahren, krank seit 2 Jahren. 1906 einige Wochen geisteskrank, ebenso Anfang 1907. Zwischendurch „völlige Genesung“. VII. 1907. Exaltation, Sinnestäuschungen, Gewalttätigkeit. Status praesens: Redet ausführlich über ihre körperlichen Empfindungen, die sie auf feindliche Verfolger bezieht, in vorwiegend selbsterfundenen Ausdrücken, z. B. „Das kommt alles von verkörpertem Untersitz, dann kommt der Obersitz. Das sind so verschrobene Tierchen, allerhand Krötenfiguren, die stechen von unten, werden mir angesetzt. Dann hängen sie sich an den Unterkörper, an die Geschlechtsteile. Das machen sie mit dem Kratzanker, so werden die Quälmaschinen da angeschroben. Quälbeine sind das.“ Klagt außerdem über Quälteufel.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die so niedrige Sachen sprechen durch die Wände. Sie werde mit Spinnenkörpern überworfen usf. Hält sich im Benehmen geordnet, beschäftigt sich. Keine Merkstörung, keine senilen Veränderungen.

Wir fanden in unserem Material noch zwei Fälle von physikalischem Verfolgungswahn auf präseniler Grundlage. Der eine Fall zeigte geordnetes Verhalten, abgesehen von Verteidigungsmaßregeln gegen die Verfolgungen, und keine psychischen Zeichen des Seniums. Es bestand der Wahn, von Geistern besessen zu sein die aus- und einflögen, fluchten, Hitze und trockenen Odem machten usf. In dem anderen Fall bestand ein geringer Grad von seniler Demenz, Teilnamlosigkeit, herabgesetzte Orientierung und Merkfähigkeit. Patientin klagte, daß ihr der Kopf gespalten, der Rücken verzehrt, die Augen erblindet, die Arme blitzeblau, das Gesicht kohlrabenschwarz geschlagen würde usf.

Endlich fiel in drei Fällen von paranoider Demenz die nahe Beziehung physikalischer Verfolgungsideen zu psychogenen Gehstörungen auf. Die eine Kranke zeigte eine typisch hysterische Astasie-Abasie, die entstanden sei durch Pulver, die ihr von einem Arzt ihrer Heimatstadt tagtäglich verabfolgt würden, so daß sie ganz elend werde, verschmachte, versteife. Eine weitere Kranke zeigte eine Parese des einen Beines, da sie fühlte, wie ihr nachts daran gesägt und gezwickt würde, und eine dritte Kranke zeigte eine psychogene Abasie, da ihr nachts der Rücken lahm geschlagen würde. Leider kann ich aus räumlichen Gründen keine ausführlichen Krankengeschichten anführen.

Wir schließen hiermit unsere Mitteilungen und fassen kurz das Ergebnis derselben zusammen.

Wir sehen den Wahn der körperlichen Beeinflussung in 4% unserer Dementia-praecox-Fälle eine vorwiegende, in etwa 30% eine begleitende Rolle spielen. In zwölf von sechzehn Fällen ist die Zugehörigkeit des Symptoms zur Dementia praecox aus Verlauf und Ausgang zu entnehmen, in vier relativ frischen Fällen, von denen zwei ein geordnetes Wahnsystem bei erhaltener Besonnenheit zeigen, ist dieser Nachweis einstweilen nicht gelungen. Wir sahen aber in drei anderen Fällen Jahre hindurch ein sehr ähnliches paranoisches Zustandsbild, bis der weitere Verlauf und Ausgang den katatonischen Charakter der Erkrankung aufdeckten.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unsere Fälle zeigen in fortlaufender Reihe alle Übergänge und Mischungen psychomotorischer, psychosensorischer und intrapsychischer Symptome der Katatonie. Wir können es nur mit einem einheitlichen, progredienten Krankheitsprozeß zu tun haben, der örtlich und zeitlich und von Fall zu Fall an verschiedenen Stellen des Assoziationsorgans eingreift. Einen solchen Prozeß kennen wir aus der *Wernicke*schen Sejunktionshypothese: Der Bewußtseinsinhalt wird auf den verschiedensten Gebieten verändert, während die Bewußtseinstätigkeit als solche unverändert bleibt. In der Auffassung von *Gross* ist es die Bewußtseinstätigkeit, die eine Inkoordination erleidet und zerfällt, so daß die Ich-Kontinuität von beliebigen autonom arbeitenden Komplexen aus jederzeit Einbrüche erfahren kann. *Gross* betont, daß er den *Wernicke*schen Sejunktionsgedanken beibehalte, sich nur den Mechanismus anders denke. Der Mechanismus nach *Gross* (Dissoziation) würde viel eher als der so allgemeine Begriff nach *Wernicke* imstande sein, einer klinischen Psychose den Namen zu geben und eine Grundstörung darzustellen, auf der sich die vielen scheinbar so zusammenhanglosen Symptome der Dementia praecox (Symptomensalat!), einschließlich der Willensstörung, aufbauen. Führt uns die Hypothese der Dissoziation, ähnlich wie die verbreitete Lehre von der apperzeptiven Schwäche, an das höchste psychische Zentrum, den „Urquell, aus dem alles geistige Leben fließt", so mag dies dem lediglich klinischen Beobachter noch am ehesten für die klassische Frühverblödung annehmbar erscheinen, wo in der Tat die charakteristische geistige Schwäche den primären Befund darstellt. Wo sie aber erst spät, weniger charakteristisch (oder gar nicht) als Endstadium paranoischer Bilder auftritt, möchte man zunächst, da ein systematisierender Erklärungswahn das Zeichen eines logisch, mit naturgemäßem Affekt arbeitenden Verstandes ist, annehmen, daß eine höchst zentrale Störung nicht vorliegt, das Krankheitsbild also mit Dementia praecox nichts zu tun haben kann. Es mehren sich auch naturgemäß die Stimmen dafür, die paranoischen Fälle von der Dementia praecox abzutrennen. Nun liegt aber gerade der Schwerpunkt der *Gross*schen Dissoziation in der Bewußtseinstätigkeit, deren Störung zunächst durchaus nichts mit Schwach-

Digitized by 
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sinn zu tun hat, sondern in erster Linie das Auftreten der katatonischen Willensstörung aus der Inkoordination und automatischen Arbeit in unterbewußten Komplexen erklärt. Es steht nichts im Wege, sich gleichwohl die außerordentliche Polymorphie der Dementia praecox in Anlehnung an *Wernicke*s hypothetisches Lokalisationsschema durch die räumliche Lokalisation und Ausdehnung in den verschiedensten assoziativen Komplexen zu erklären. Das Studium der Krankengeschichten legt diesen Gedanken jedenfalls auf Schritt und Tritt nahe, wie wir bereits betonten, und läßt Einzelheiten, wie das Auftreten von Demenz, von motorischen Symptomen, völlige Heilungsmöglichkeit mehr oder minder als Verlaufsvarianten, von Zufälligkeiten abhängig erscheinen, je nachdem psychosensorische, psychomotorische oder intrapsychische Hirnprovinzen vom Bewußtseinszerfall in Unordnung gebracht werden. Es ist von Interesse, daß gerade die psychologischen Erklärungsversuche der Dementia praecox, insbesondere von *Gross,* die Willensstörung betonen. Ihre Äußerungen sind nach unserer Auffassung physikalische, akustische, optische Sensationen mit sekundärem physikalischen Verfolgungswahn auf psychosensorischem Gebiet; Gedankenabzug, Gedankeneingeben, Hypnotisieren, Apathie, intrapsychische Ataxie, Zerfahrenheit, Sprachverwirrtheit usf. auf intrapsychischem; Stereotypien, impulsive Handlungen, Tics, Befehlsautomatie usf. auf psychomotorischem Gebiet. Nach ihr hat *Gross* einen neuen Namen, die Grundstörung enthaltend, gewählt. Ob das Affektleben früher oder später Störungen erleidet, ob gemütliche (apperzeptive) Schwäche den Anfang oder das Ende bildet oder gar ausbleibt, ist für diese „Dementia sejunctiva“, die mit *Kraepelin*s Dementia praecox einstweilen identisch ist, ohne ausschlaggebende Bedeutung. Unsere Untersuchungen über den physikalischen Verfolgungswahn veranlassen uns zu der Annahme, daß derselbe der Ausdruck der charakteristischen katatonischen (sejunktiven) Willensstörung auf psychosensorischem Gebiet ist, der Dementia praecox (sejunctiva) seinem Wesen nach eng verknüpft und für diese, gegenüber der Paranoia, pathognomonisch, wie dies von *Kraepelin* zuerst behauptet wurde und durch die mo-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derne psychologische Forschung nur bestätigt und erläutert worden ist. Wir haben daher Veranlassung, diese Fälle, auch wenn sie jahrelang ein anscheinend rein paranoisches Gepräge tragen, von vornherein der paranoischen Form der Dementia praecox zuzurechnen, die uns der vorwiegend auf psychosensorischem Gebiet sich abspielende Verlaufstypus der sejunktiven Psychose zu sein scheint, während die Katatonie den motorischen und die klassische Frühverblödung mit faseligem Schwachsinn den vorwiegend intrapsychischen Verlaufstypus darstellt. Aus der buntesten gleichzeitigen und sukzessiven Durchmischung dieser verschiedenen Lokalisations- und Verlaufstypen entsteht die Berechtigung, die große umfassende Gruppe der Dementia praecox beizubehalten.

Wir finden es auch hierdurch erklärlich, daß die Äußerungen der Willensstörung auf motorischem Gebiet bei der Dementia paranoides häufiger fehlen, als sie angetroffen werden.

Daß wir unter Sejunktion kein anatomisches Zugrundegehen von Assoziationsfasern verstehen, betone ich in Hinsicht auf die modernen psychologischen Forschungen. Zu den auffälligen Kennzeichen des so ganz eigenartigen sejunktiven Schwachsinns gehört das Intaktbleiben indifferenter Gebiete, wie frühere Kenntnisse. Fertigkeiten, das Zurücktreten oder Verschwinden aller psychischen Symptome bei körperlichen Krankheiten, in lichten Intervallen, bei Milieuwechsel, die Heilungsmöglichkeit nach jahrzehntelangem Bestehen. Zum mindesten müssen wir die Hinweise beachten auf psychische Phänomene, wie Sperrungs-, Verdrängungsmechanismen und ähnliches, wie sie zur Erklärung der Symptomatologie (nicht Ätiologie) der Dementia praecox neuerdings berichtet werden. Vielleicht liegen dieser „sejunktiven“ Verblödung in der Tat nur funktionelle, psychologische Störungen zugrunde, während bei allen anderen Demenzformen ein anatomisches Zugrundegehen von Ganglienzellen und Assoziationsfasern bereits mikroskopisch nachgewiesen ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

1. *Albrecht*, zur Symptomatologie der Dementia praecox. (Arch. f. Psych. 1905, Bd. 62, S. 657.)
2. *Aschaffenburg*, Die Katatoniefrage. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 54, S. 1004.)
3. *Bechterer*, Der hypnotische Zauberwahn. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. IX. 1907, Heft 3.)
4. *Berze*, Paranoia oder Dementia praecox? (Psych. neurol. Wochenschr. 1904, S. 39.)
5. *Berze*, Das Primärsymptom der Paranoia. (Zentralbl. f. Nervenheilk. N. F. Bd. XVII. S. 432. S. 109.)
6. *Bianchi*, Observation sur les tableaux cliniques de paranoia et démence paranoide. (Revue neurol. No. 14, pag. 645.)
7. *Ferrarini*, Ref. Z. f. Psych. Lit. 1905, S. 153.
8. *Fuchs*, Ungewöhnl. Verlauf bei Katatonie. (A. Z. f. Psych. 1904, Bd. 61, S. 241.)
9. *v. Grabe*, Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia. (A. Z. f. Psych.1904, Bd. 61, S. 40.)
10. *Gross*, Über Bewußtseinszerfall. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904, Bd. 15, S. 45.) (Neurol. Zentralbl. 1904, S. 1144.)
11. *Kraepelin*, Lehrbuch d. Psych. Bd. I, S. 224, Bd. II, S. 249 ff., 256, 259, 187, 195, 210 ff., 239, 241, 257, 610, 280.
12. *Meeus*, Consid. génér. sur la signif. clinique de la démence préc. (Ann. méd. psych. 1904, Sept., Okt., S. 207.)
13. *Moravczik*, Katatonie. (Ref. Neurol. Zentralbl. 1905, S. 875.)
14. *Petrén*, Ref. A. Z. f. P. Lit. 1905, S. 136.
15. *Pfersdorff*, Der Wahn körperl. Beeinflussung. (Mon. f. Psych. 1905, Bd. 17, S. 157.)
16. *Rauch*, über die katat. Symptome. Inaug. Diss., Leipzig.
17. *Schäfer*, Ein Fall von Dem. praecox. kataton. Form, der nach 15 Jahren in Genesung ausging, nebst diff.-diagn. Bemerkg. (Monatsschr. f. Psych. u. Neural. 1907, Bd. XXII, Erg. S. 72.)
18. *Schott*, Beitrag z. Lehre von d. kataton. Verrücktheit. (A. Z. f. Psych. 1905, Bd. 62, S. 257.)
19. *Schüle*, Zur Katatoniefrage. (A. Z. f. Psych., Bd. 54, S. 515.)
20. *Stransky*, Dem. tardiva. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1905, Bd. 18, S. 1. II. Teil.)
21. *Stransky*, Zur Auffassung gewisser Symptome bei Dem. praec. (Neurol. Zentralbl. 1904, S. 1074, 1137.)
22. *Wernicke*, Lehrbuch der Psych. Über Sejunktion: Kapitel 12 u. 34. Physikal. Verfolgungswahn: S. 106 107, 94, 267, 159, 160, 173.
23. *Weygandt*, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dem. praec. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. X, 1907.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände.

Von

Dr. **N. Skliar,**

Ordinierender Arzt an der Irrenanstalt Tambow.

Die Frage der Zwangszustände ist bis jetzt ungelöst. Klinisch werden sie von einigen als besondere Form gedeutet, andere hingegen sehen in ihnen ein Symptom, das bei allen möglichen Nerven- und Geisteskrankheiten vorkommt. Noch mehr gehen die Ansichten darüber auseinander, welche Zustände für Zwangszustände zu halten sind, und wie sie entstehen. Einige Autoren halten die Zwangsvorstellungen für eine intellektuelle Störung oder eine Störung des Willens und der Aufmerksamkeit und finden in ihnen keine emotive Grundlage, während andere umgekehrt ihre Entstehung aus Affekten annehmen. Einige sehen als charakteristisch für diese Zustände das Vorhandensein von klarem Bewußtsein und Krankheitseinsicht an, während andere diese Merkmale nicht als wesentlich betrachten. Demgemäß ist auch der Begriff der Zwangsvorstellungen bei einigen Autoren ein sehr enger, während andere ihm einen sehr weiten Umfang geben, so daß darunter sogar melancholische und paranoische Wahnideen verstanden werden.

In der letzten Zeit ist — wenigstens in Deutschland — die Ansicht die herrschende geworden, daß für die Zwangserscheinungen charakteristisch seien das Fehlen einer emotiven Grundlage und das Vorhandensein eines subjektiven Zwanges. Aber ob wirklich diese Bestimmung zweckmäßiger ist und ob nicht umgekehrt die französischen Autoren, die auf entgegengesetztem Standpunkte stehen, mehr recht haben, kann aus den Argumenten,


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die die Anhänger dieser verschiedenen Richtungen angeben, nicht entschieden werden, da die Sache ja auf einer einfachen Übereinkunft beruht, mit der einige einverstanden sein können, andere aber nicht.

Von den fünf Krankengeschichten, die ich hier vorführe, betreffen die ersten zwei hauptsächlich Zwangshemmungen und Zwangshandlungen, die dritte Zwangsdenken (hauptsächlich in der Form der Grübelsucht) und die letzten zwei Phobien.

I. A. F. aus B., geboren im Jahre 1857, trat den 28. März 1884 in die Irrenanstalt Buraschewo ein zur Untersuchung seines Geisteszustandes zwecks Einleitung einer Vormundschaft.

Bei der Aufnahme sind bei F. weder Sinnestäuschungen noch Wahnideen zu bemerken. Die Stimmung ist etwas deprimiert. Der Kranke spricht langsam, seufzt oft, Tränen zeigen sich in den Augen, die Stimme ist leise, die Bewegungen langsam. Der Kranke klagt über Willensschwäche, Unfähigkeit, etwas zu unternehmen, zu arbeiten. Er glaubt, daß seine Verwandten ihn ungerecht und grob behandelten, aber er fand in sich keine Kraft, dagegen aufzutreten: so haben sie ihn allmählich aus der Wohnung ganz verdrängt und ließen ihn in der Küche leben; er habe weder dagegen protestieren, noch eine besondere Wohnung aufsuchen können. Er habe die letzte Zeit nicht arbeiten können, sei nicht in das Geschäft gegangen, das er hatte, und wisse, daß er nichts getan hätte, wenn er dorthin gegangen wäre. Vor einiger Zeit entstand bei ihm eine Halsgeschwulst; er wußte, daß er dieselbe dem Arzte zeigen müsse, konnte sich aber dazu nicht entschließen. Der Arzt bemerkte bei ihm selber die Geschwulst und verordnete ihm eine Mixtur, die er aber nur sehr selten nahm, trotzdem er wußte, daß es für ihn nützlich sei, die Mixtur zu nehmen.

Am 26. April 1884 kamen die Ärzte in ihrem Gutachten zum Schluß, daß F. an einer allgemeinen Nervenstörung leide, die teilweise den Charakter einer einfachen Melancholie (melancholia simplex) zeige, die aber keine Merkmale einer vollständig entwickelten, bestimmten Geistesstörung darstelle. Am 17. Oktober 1885 wurde er von der staatlichen Oberbehörde des Gouvernements Twer für rechtsunfähig erklärt, und sein Onkel wurde über ihn als Vormund gesetzt. Seither befindet sich F. bis zur Zeit (November 1907) ununterbrochen in Buraschewo.

Bald aber zeigte es sich, daß in der Vergangenheit von F. Spuren von Zwangsvorstellungen sich fanden, und daß alle die beschriebenen Erscheinungen der Unfähigkeit, des Nichtkönnens auf den gleichen Zwangsideen beruhten. In der Folgezeit zeigte sich bei ihm eine ganze Reihe von Zwangserscheinungen: er mußte in einer bestimmten Richtung gehen, konnte die Türen nicht mit bloßen Händen berühren, sondern faßte sie mit den Ärmeln oder mit dem Rockzipfel an, konnte nicht neben einem


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Friedhof oder einer Kirche vorbeigehen, mied bestimmte Personen, Orte usw. Er zeigte eine große Höhenangst. Außerdem äußerte er eine ganze Menge von hypochondrischen Klagen über Schmerzen im Kopf, in der Brust, im Magen, über Rheumatismus in den Händen, Beinen, hatte Furcht vor Schwindsucht usw. Er ist äußerst empfindlich und mißtrauisch. Im Verkehr mit anderen Leuten ist er zurückhaltend und taktvoll. Sein Gedächtnis ist gut erhalten; seine Gedanken sind logisch, manchmal sehr treffend und weisen auf eine gut entwickelte Beobachtungsgabe. Keine Wahnideen, keine Halluzinationen. Die Stimmung ist eine resignierte. Der Kranke liest regelmäßig Zeitungen, interessiert sich für die Politik, arbeitete früher in der Korbflechterei, und in den letzten Jahren führt er seine Pflichten als Bibliothekar in der Anstaltsbibliothek und als Leiter der Buchbinderei regulär, liebevoll und sehr gewissenhaft aus.

Körperlich ist an den inneren Organen nichts Abnormes zu bemerken. Die Pupillenreaktion ist auf Licht und Akkomodation gut erhalten. Die Zunge zittert nicht und wird gerade herausgestreckt. Die Sehnen- und Hautreflexe zeigen nichts Abnormes. Die Sensibilität ist normal.

Im Oktober 1906 gelang es uns, vom Kranken über sein Leben und seine Ideen folgendes zu erfahren:

Sein Vater habe an Zweifelsucht gelitten; seine 2 Onkel väterlicherseits seien Alkoholiker gewesen; seine Großmutter (väterlicherseits) stamme aus einer kranken Familie, wo fast alle Mitglieder an den verschiedensten Nerven- und Geisteskrankheiten leiden. Seine Mutter sei geistig gesund gewesen; die Brüder der Mutter hätten apoplektische Anfälle.

Er sei 2 Jahre alt gewesen, als die Mutter starb, und 12 Jahre alt, als der Vater starb. Bei seinem Onkel erzogen; lernte in der Schule gut. Mit 16 Jahren fing er an, mit Handel sich zu beschäftigen. — Die Zwangsideen traten bei ihm schon in der Kindheit auf, schon als er 10 Jahre alt war, oder in noch jüngeren Jahren. Es bestanden bei ihm damals verschiedene Befürchtungen in bezug auf seinen Vater, demselben könne etwas passieren. Nach dem Tode des Vaters (also im Alter von 12 Jahren) nahmen die Ideen zu; es entwickelte sich bei ihm ein solcher Zustand, daß er an einer Stelle nicht stehen konnte und immer laufen mußte; sollte er irgendwohin gehen, so habe er das nicht auf einmal tun können: habe er z. B. einen Schritt oder einige Schritte vorwärts gemacht, so habe er dann rückwärts gehen müssen, dann wieder vorwärts u. s. f. Er sei dann 2 Monate lang in der Petersburger Nervenklinik mit Bädern und Medikamenten behandelt worden und habe sich dann besser gefühlt. Zwar bestanden noch Antriebe, aber dieselben plagten ihn nicht so stark. Er schreibt die Verbesserung seines Zustandes weder den Bädern, noch den Medikamenten zu, sondern dem Einfluß der Ärzte der Klinik. — Mit 16 Jahren fingen ihn die Vorstellungen wieder an stark zu plagen; er habe nämlich zwar ein eigenes Geschäft gehabt, jedoch bei seinen Ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wandten leben müssen, die auf ihn einen schlechten Einfluß hatten. Mit 18 oder 19 Jahren nahmen diese Gedanken bedeutend ab, was daher gekommen sei, daß die Gesellschaft sich wohlwollend gegen ihn benahm, ihm allerlei Ehren erwies. Mit 24 Jahren sei er Abgeordneter des Stadthauses geworden, Handelsdeputierter und dann Bankdirektor. Er sei sogar im Jahre 1882 als Abgeordneter zum Kaiser Alexander III. gewählt worden. Er habe sich damals viel freier gefühlt. 1 ½ oder 2 Jahre vor seinem Eintritt in Buraschewo habe er bedeutende Vermögensverluste infolge Feuersbrünste erlitten. Da entwickelten sich bei ihm wieder die früheren Ideen oder, besser gesagt, nahmen zu, denn sie existierten ja fortwährend. Sein Zustand sei schrecklich gewesen: er konnte infolge seiner Vorstellungen nichts tun, nirgends hingehen, sich sogar nicht baden. In solchem Zustand sei er in Buraschewo vor 22 Jahren eingetreten. Seine Erbschaft habe sich sein Onkel als Vormund angeeignet, und er selber müsse in Buraschewo leben. „Übrigens, bekennt der Kranke, könnte ich keinesfalls in meine Vaterstadt zurückkehren, denn ich wäre dort zugrunde gegangen, da dort für mich mit jedem Ort etwas Unangenehmes verbunden ist."

Über seine Zwangsvorstellungen erzählt er folgendes:

Es haben für ihn bestimmte Orte, Gebäude, Personen, Worte usw. eine schlechte Vorbedeutung. Wenn er irgendwohin gehe und ihm eine unangenehme Person oder ein unangenehmer Gegenstand begegne, oder bei ihm ein unangenehmer Gedanke auftrete, so bleibe er stehen und könne nicht weiter gehen, da er fürchte, es könne ihm sonst etwas Schlimmes passieren. Er gehe dann zurück, und dann könne ihm wieder etwas vorkommen, was er für ein schlechtes Zeichen halte; da kehre er wieder um usw. Wenn er ein gewisses Wort in einem Buche finde, was für ihn mit einer schlechten Bedeutung verbunden sei, werfe es das Buch weg; wenn er einer unangenehmen Person begegne, entferne er sich von ihr; er sei mit solchen Personen in keine geschäftlichen Beziehungen eingetreten, trotzdem er wußte, daß die Sache deswegen leide; wenn er einer Leiche begegne, sei es für ihn ein schlechtes Zeichen; so ein Tag sei für ihn ein verlorener; deswegen meide er Tote. Infolgedessen entwickelte sich bei ihm zu Hause zeitweise ein solcher Zustand, daß er weder gehen, noch sitzen, noch arbeiten konnte.

Wenn während der Arbeit einer dieser Gedanken auftrete, so müsse er Halt machen und diesen Gedanken verdrängen, was er dadurch zustande bringe, daß er etwas anderes zu denken suche, oder daß er bestimmte Prozeduren vornehme, die dazu dienen, daß die Sache trotz der aufgetretenen Vorstellung für ihn ein gutes Ende nehme. Worin diese Prozeduren bestehen, und was den Inhalt dieser Vorstellungen ausmacht, könne er nicht näher angeben, weil die krankhaften Vorstellungen ihm nicht erlauben, das genauer zu erklären. Andeutungshalber führt er folgendes Beispiel an: Wenn bei ihm während des Gehens eine gewisse


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorstellung auftrat, infolge deren er das weitere Gehen nicht fortsetzen konnte, so schrie er laut auf, so daß er sich schämen mußte; nachdem er dies getan, konnte er weiter gehen. — Berührungsfurcht habe er in dem Sinne, daß er fürchte, Gegenstände und Personen anzurühren, die für ihn eine schlechte Bedeutung haben.

Die Vorstellungen treten bei ihm plötzlich auf, und sobald sie auftreten, könne er ihnen nicht widerstehen. „Zuweilen", sagt er, „habe ich vor dem Auftreten einer solchen Vorstellung den festen Entschluß gefaßt, derselben, falls sie auftreten sollte, zuwider zu handeln; sobald aber diese Vorstellung sich zeigt, tritt kein Gedanke an Widerstreben auf, als ob ich meinen früheren Entschluß ganz vergessen hätte."

Meistenteils bilden sich die Vorstellungen unter dem Einfluß irgendwelcher, wenn auch ganz entfernten, Anregungen, die in einer gewissen Beziehung zum Inhalt dieser Vorstellungen stehen. Als solche Anregungen dienen irgendwelche gesehene Gegenstände, bestimmte Personen, gewisse gehörte oder gelesene Worte u. dergl.

Diese Vorstellungen, die ihn fast beständig verfolgen, und von denen er Schlechtes erwarte, trotzdem dazu jede reelle Grundlage fehle, nennt er „krankhafte Vorurteile". Diese Ideen seien in der Anstalt schwächer geworden, als sie zu Hause waren. Dafür aber haben sich in Buraschewo ganz andere Ideen entwickelt, die nur momentan unter gewissen Bedingungen und bei Vorhandensein gewisser Gegenstände auftreten, z. B. die Höhenfurcht und überhaupt alle Befürchtungen. Wenn er im zweiten oder dritten Stocke eines Hauses sich befinde, überfalle ihn die Angst, er könnte aus dem Fenster herunterstürzen. Er habe weiter eine Furcht vor dem Messer gehabt, eine Angst, er könnte damit etwas Schlimmes anstellen; jetzt habe er diese Angst nicht mehr. Er habe Furcht vor dem Gewitter, so daß er sich verstecke. — Todesangst habe er nur in jungen Jahren gehabt, aber eine unbestimmte; diese Angst sei jedesmal aufgetreten, wenn er körperlich erkrankte. — Zweifelsucht habe er keine. — Die „krankhaften Vorurteile" hält er für eine viel ernstere Erscheinung als die Befürchtungen; er meint, daß die Befürchtungen auch bei gesunden Leuten auftreten, wenn auch in schwächerer Form, während die „krankhaften Vorurteile" nur bei Kranken vorkämen.

Er habe weniger Zwangsideen gehabt, wenn es ihm in seinen Geschäften gut gegangen sei und er sich überhaupt wohl gefühlt habe. Er meint, daß diese Ideen korrigierbar wären, wenn sich eine Person gefunden hätte, die sein Vertrauen genießen und über ihn eine Macht, einen Einfluß haben könnte. Allerdings seien doch diese Ideen nicht ganz korrigierbar. — Diese Vorstellungen seien nicht so quälend, wenn sein Wille beschränkt sei und er nichts nach eigener Initiative machen müsse. Deswegen fühle er sich in der Anstalt besser, als zu Hause. — Welche Vorstellung zuerst aufgetreten sei, und welche sich nachher entwickelt haben, könne er nicht sagen; er denkt, daß sie nicht alle zu gleicher Zeit gekommen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seien, sondern daß eine aus der anderen sich allmählich entwickelt habe; sobald aber eine Zwangsvorstellung aufgetreten sei, so müßten nachher schon alle anderen kommen.

II. S. N., geboren im Jahre 1867, trat in Buraschewo den 19. Dezember 1906 ein, wurde am 19. April 1907 entlassen.

Der Kranke ist bei der Aufnahme gut orientiert in Zeit und Ort, die Stimmung ist etwas deprimiert, er spricht und bewegt sich langsam, er klagt über Frösteln, hauptsächlich aber über „Suggestionen", die ihn zu tun heißen, was er gar nicht wolle, was ihm oder anderen schädlich sei, z. B. etwas zu zerschlagen u. dergl. Es dränge ihn etwas dazu, unsinnige Handlungen zu begehen: bald müsse er Papierchen mehrmals zerreißen, bald müsse er überflüssiger Weise auf die Straße oder in den Hof hinausgehen, bald müsse er einen Topf auf eine andere Stelle hinstellen u. dergl. Infolge dieser „Suggestionen" könne er nichts Nützliches leisten, könne oft seinen Verwandten in der Haushaltung nicht helfen, z. B. Holz ins Haus zu tragen, könne sein zerrissenes Kleid nicht flicken, da ihm etwas in seinem Inneren verbiete, das zu tun, etwas drohe.

Patient ist klein, mager, schlecht genährt. Pupillen gleich weit, reagieren gut auf Licht und Akkomodation. Patellarreflexe etwas erhöht. Sensibilität überall normal.

21. Dezember: Patient ist ruhig, etwas apathisch, sagt, daß er bei jedem Ortswechsel sich die erste Zeit besser fühle, keine „Suggestionen" habe; später aber fangen dieselben wieder an. — An den gemeinsamen Spaziergängen will er nicht teilnehmen. Zwar wisse er, daß ein weiter Spaziergang durch die mannigfaltigen Eindrücke auf ihn gut wirken müsse, aber ebenso wisse er auch, daß mit dem Spazierengehen für ihn eine Reihe von Qualen beginne: bald müsse er so und sovielmal Gras pflücken oder Stäubchen aufheben, Zigarrenstümpfchen auflesen, Papierchen reißen, bald müsse er sich so und sovielmal umdrehen oder sich bücken und Steinchen werfen. Er wisse, daß das unsinnig sei, aber er müsse das doch ausführen, denn sonst fühle er sich schlecht. Dies alles müsse er tun, wenn er allein sei; für ihn sei es besser, wenn er wisse, daß hinter seinem Rücken ein anderer Mensch sich befinde, der ihn beobachte. Freilich gehorche er diesen Gedanken, wenn sie auf unschädliche Dinge gerichtet seien, wie z. B. das Graspflücken, Sammeln von Zigarrenstümpfen, Papierchen u. dergl.; sollte aber mit der Ausführung gewisser Gedanken irgendwelche schädliche Handlung verbunden sein, wie z. B. jemanden schlagen, irgend etwas zu zerbrechen u. dergl., so suche er auf irgendeine Weise diese Gedanken zu verdrängen. — Wegen dieser Furcht, etwas Schädliches zu begehen, habe er sich an den Arzt gewendet, wegen unschädlicher Dinge habe er keinen Arzt konsultiert; ja, er habe sich so benommen, daß kein Mensch wissen konnte, was in seinem Inneren vorging.

22. Dezember: Sagt, daß er bis zur Mitternacht nicht einschlafen konnte, weil er gestern abend Tee getrunken habe. Er bittet, daß man



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihm statt Tee lieber gekochtes Wasser gebe, denn vom Tee kommen ihm schlechte Gedanken in den Kopf.

23. Dezember: Er erzählt, daß ihm nachts der Gedanke gekommen sei, alle Betten umzuwerfen; dieser Gedanke habe ihn stark geplagt, er habe viel gebetet, und dann sei der Gedanke vergangen. — Es trete bei ihm zuweilen die Idee auf, alle Bilder von den Wänden herunterzureißen, die Blumentöpfe zu zerstören; nur durch Gebet gelinge es ihm, diese Gedanken zu verdrängen.

24. Dezember: Während der Morgenvisite sagt er dem ordinierenden Arzte, er nehme das Wort „drohen", das er bei der Aufnahme gesagt habe, zurück und bitte, dieses Wort in dem Krankenjournal zu streichen; er habe nachts lange Zeit darüber nachdenken müssen und sei zu dem Schluß gekommen, es sei nicht richtig, was er gesagt habe. Er habe überhaupt anderen Leuten nicht das gesagt, was er sich dachte; sollte er z. B. auf die Straße hinausgehen, weil ihn etwas dazu drängte, so verheimlichte er es und erzählte anderen etwas Unwahres, er müsse draußen etwas machen u. dergl. — Niemand habe ihm gedroht, niemand habe ihm verboten, aber es drängte ihn ein inneres Gefühl, etwas zu tun oder zu unterlassen; er habe gewußt, daß es unsinnig sei, und habe es doch gegen seinen eigenen Willen tun müssen.

Befindet sich heute in einer Aufregung, bückt sich oft, hebt Stäubchen auf, wendet sich oft um, lacht für sich, läßt den ganzen Tag die Wärter und Kranken zusammenrufen und bittet mit Tränen in den Augen, ihn anzuhören, wobei er irgendwelche Frage stellt, z. B.: „Was ist die Wurzel des Übels?" bekommt er dann irgendeine Antwort, so begnügt er sich damit und geht fort. Bald fängt er an, über etwas zu sprechen, hält aber bald inne, fängt an zu weinen oder zu lachen. — Mit Mühe gelingt es von ihm zu erfahren, daß er die ganze Nacht nicht geschlafen habe, weil man ihm gestern abend Brom (in Lösung) gegeben habe, was er aber nicht nehmen dürfe. Lieber solle man ihm gegen Frösteln Chinin geben.

Ebenso verhält er sich zum Arzt im Untersuchungszimmer; über etwas gefragt, fängt er an zu sprechen, hält dann inne; nach einiger Zeit fängt er wieder an zu sprechen, bleibt dann wieder still, fängt an zu weinen und zu lachen. Klagt, daß er der unglücklichste Mensch in der Welt sei wegen seiner Gedanken, die so unsinnig seien und ihn doch so plagen.

Es gelang, über sein Vorleben von ihm folgendes zu erfahren:

Sein Vater sei Angestellter in einem Handelsgeschäft gewesen und gestorben, als Patient 3 Jahre alt war. Seine Mutter sei gestorben, als er 12 Jahre alt war. Nach dem Tode seiner Mutter lebte er 1½ Jahre bei seiner Tante. Er lernte in der Schule gut. Mit 15 Jahren fing er an zu arbeiten in der Fabrik von J. in Wolotschok, wo er 7 Jahre verblieb. Schon damals plagten ihn die Vorstellungen, wenn auch in schwächerer Weise. Er habe damals die Angst gehabt, es könnte ihm der Meister einen Verweis geben. Er habe aufgehört in der Fabrik zu arbeiten, weil er


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krank geworden sei, und habe 1 Monat lang in einem Krankenhaus gelegen. Er arbeitete dann 2 Jahre lang in einer anderen Fabrik. Im Jahre 1888 pilgerte er mit seinem Bruder ins Solowetzkysche Kloster, wo sein Bruder ein Gelübde abgelegt habe. — Nach diesen Worten bleibt er plötzlich stehen, fängt an zu weinen, nimmt das letzte Wort zurück, da er dasselbe nicht hätte sagen dürfen. — Er erzählt dann weiter, daß er im Jahre 1889 wieder in die Fabrik von J. eingetreten sei; im Jahre 1890 hörte er ganz auf zu arbeiten. Es sei nämlich für ihn eine Qual gewesen, zu arbeiten. Er habe nicht nur die gleiche Arbeit ausführen müssen wie die anderen Arbeiter, sondern noch dazu „überflüssige“ Arbeit: hin und her in einer gewissen Richtung mehrmals zu gehen, die Watte so und sovielmal zu zupfen usw. Was ihn aber hauptsächlich bewogen habe, die Arbeit einzustellen, sei, daß bei ihm der Gedanke aufgetreten sei, sich in die Maschine zu werfen. Seit dem Jahre 1890 sei er ohne Beschäftigung. Zeitweise habe er bei seinem Bruder gelebt, zeitweise gebettelt. Die letzten 2 Monate habe er sich im Armenhaus befunden; anfangs habe er sich dort gut gefühlt, aber dann traten Befürchtungen auf, er könnte sich oder anderen etwas Böses tun; er beschloß, die Armenanstalt zu verlassen, damit diese Vorstellungen sich nicht weiter entwickelten.

25. Dezember: Heute ist er ruhiger, belästigt niemanden mit seinen Fragen, hält sich überhaupt nicht auffallend. Sagt, daß er nachts geschlafen habe, da er ein Pulver (Phenacetin) bekam. Er bittet, daß man ihm abends immer Pulver gebe und kein Brom.

28. Dezember: Nimmt heute seine Worte zurück darüber, daß er gesagt habe, es sitze jemand in seinem Inneren, der ihn zu den verschiedensten Handlungen treibe; tatsächlich aber begehe er Handlungen ohne irgendwelchen Grund.

31. Dezember: Bittet den Oberwärter, sich beim ordinierenden Arzte zu verwenden, der letztere möchte einige überflüssige Worte, die er, Patient, bei der Aufnahme gesagt habe, und besonders das Wort „Suggestion“ streichen.

Er erzählt dem Arzt, daß er beim Spazierengehen sich Mühe gebe, nicht auf den Boden zu blicken; so könne er rasch gehen; sobald er aber den Blick senke und Papierchen, Zigarrenstümpfchen, Gras usw. bemerke, so müsse er Halt machen: die Zigarrenstümpfe auflesen, Papierchen zerreißen, Gras pflücken u. dergl. Freilich könne er doch nicht umhin, nach dem Boden hinzublicken. Es sei deswegen für ihn eine große Qual, spazieren zu gehen.

1. Januar 1907: Aß heute mehr als gewöhnlich und versicherte, daß, wer am Neujahrstag viel esse, ein ganzes Jahr es gut haben werde. Bat auch die anderen Kranken, heute recht viel zu essen.

3. Januar: Sagt dem Arzt, es komme ihm vor, als ob er aus zwei Personen bestehe: die eine sage, es sei sinnlos, dies und jenes zu machen, die andere aber zwinge ihn im Gegenteil, diese Handlungen zu begehen. Er sei der unglücklichste Mensch in der Welt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12. Januar: Er hat seinen Platz, wo er gewöhnlich steht; spricht wenig und meist nur auf Fragen. Weigert sich zu lesen oder zu schreiben. Trinkt nur gekochtes Wasser und keinen Tee. Tropfen und überhaupt Medikamente in löslicher Form nimmt er nicht; er bittet nur um Pulver, an deren Heilwirkung er besonders glaubt. An Unterhaltung, Karten-, Schachspiel nimmt er nicht teil.

Er sagt, er sei auch zu Hause, besonders in den letzten 2 Jahren, wenig mitteilsam gewesen; er fühlte überhaupt keine Lust zur Unterhaltung, zum Teil sprach er nicht wegen seiner Vorstellungen. Er klagt über Langeweile, die ihn seit seiner Jugendzeit plage; wenn sein Bruder oder andere Leute an etwas Freude hatten, lachten, konnte er nicht begreifen, wie die Leute sich so freuen konnten. Er sei überhaupt nicht so wie andere Leute gewesen; schon in der Jugend habe er sich wie ein Greis gefühlt. Er langweile sich ohne irgendeinen Grund. Als man ihm einen anderen Kranken (einen Melancholiker) zeigt, der auch ohne Grund jammert, sagt er, daß derselbe doch einen Grund zur Angst habe: derselbe stelle sich nämlich vor, es stehe ihm eine Strafe bevor, es werde sein Haus verkauft usw. Er aber habe keine solche Vorstellung; er sei einfach ein langweiliger Mensch.

Er erzählt weiter, daß er seit dem 14. Lebensjahre längere Zeit onaniert habe. Mit Frauen habe er nie geschlechtlichen Umgang gehabt; er habe mit ihnen überhaupt wenig verkehrt aus Schüchternheit und infolge seiner Vorstellungen; aus dem gleichen Grund habe er auch nicht geheiratet.

18. Januar: In der letzten Zeit sieht er etwas munterer aus, ißt gut, schläft viel, ist etwas mitteilsamer; sagt, daß er weniger Vorstellungen habe.

Er erzählt, daß er fürchtete, allein ins Feld, in den Wald oder einen weiten Weg über einen leeren Platz zu gehen; in der Stadt, wo viele Leute waren, habe er keine Furcht gehabt. Zu Hause fürchtete er, abends allein zu bleiben; es überkam ihn eine Angst, daß Mörder oder Verstorbene kommen könnten u. dergl. Habe auch Höhenangst gehabt.

Heute abend bittet er, man möchte ihm ein Pulver Phenacetin geben; er habe nämlich nach dem Bade kaltes Brom getrunken und er fürchte, er könnte sich erkälten; er wolle sich rechtzeitig davor schützen.

26. Januar: In den letzten Tagen bat er, man möchte ihm erlauben, ohne Wärter spazieren zu gehen, was ihm auch gestattet wurde; aber trotzdem ging er nicht spazieren. Er bittet jetzt, ihm zu erlauben, an den gemeinsamen Spaziergängen mit anderen Kranken teilzunehmen, stellt aber folgende Bedingungen: er werde mit allen anderen Kranken gerade vorwärts gehen; sobald aber der Wärter mit den übrigen Kranken eine andere Richtung einschlage, werde er allein den Weg gerade weiter fortsetzen und dann den gleichen Weg nach Hause zurückkehren.

Er sagt, daß er sich oft vornehme, etwas zu tun oder sich etwas zu kaufen, kaufe aber dann oder mache ganz was anderes, als er gewollt


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

habe. So gehe er manchmal aus mit der Absicht, im Laden sich Brot zu kaufen; nun komme es vor, daß er in den Laden gar nicht hineingehe, oder dort statt Brot etwas anderes kaufe, z. B. Zwieback, den er nicht gern habe und gar nicht brauche.

War überhaupt heute in einem etwas aufgeregten Zustand, was davon herrührt, daß er gestern eine schlechte Nacht gehabt hat wegen des Entschlusses, heute den Spaziergang anzufangen.

10. Februar: Sagt, wenn er etwas tue, müsse er es eine bestimmte Anzahl von Malen tun; z. B. wenn er zu Hause das Faß mit Wasser füllen sollte, so habe er zwei Eimer bringen müssen oder gar keine.

Es wurde ihm mehrmals vorgeschlagen, in der Korbflechterei zu arbeiten, wozu er sich schließlich bereit erklärte. Weigerte sich aber dann, in die Werkstatt zu gehen. Nach dem Grund gefragt, gibt er ausweichende Antwort.

12. Februar: Vor einigen Tagen stand er neben einem anderen Kranken, der eine Zeitung las, wo er die Überschrift eines Artikels sah. Seit dieser Zeit verlangt er nach dieser Zeitungsnummer. Er wisse, daß er sowieso diesen Artikel nicht lesen werde, dennoch dränge es ihn, diese Zeitungsnummer zu bekommen.

Der Bruder hat über das Vorleben des Kranken folgendes mitgeteilt:

Patient habe die Stadtschule gut absolviert; onanierte von Jugend auf; habe mit Frauen keinen Verkehr gehabt. Im 16. Lebensjahre trat er in eine Fabrik als Arbeiter ein, wo er 6 oder 7 Jahre arbeitete. Während dieser Zeit trank er Schnaps, wenn auch nicht besonders übermäßig. Wegen seines krankhaften Zustandes habe ihm der Arzt verboten, in der Fabrik zu arbeiten; er habe auch damals ganz aufgehört, Schnaps zu trinken. Im Jahre 1888 und 1889 pilgerte er mit seinem Bruder in ein Kloster. Nach seiner Rückkehr sei er an Typhus erkrankt und 1 Monat lang im Krankenhause zu Ostaschkow in Behandlung gewesen. Das sei vor 15 Jahren gewesen. Seit dieser Zeit klage er über allgemeine Schwäche, habe angefangen nachzudenken und sich zu langweilen. 5 Jahre lang habe er dadurch etwas verdient, daß er die Dorfkinder im Schreiben und Lesen unterwies. Die letzten 5 oder 6 Jahre bettle er. Im Oktober 1906 habe man ihn in der Stadtarmenanstalt untergebracht, er sei aber dort nur 2 Monate geblieben. — Seit 10 Jahren trinke er keinen Tee, sondern nur lauwarmes Wasser. Seit 10 Jahren merke der Bruder an ihm, daß er Papierchen reiße, Zündhölzchen zerbreche, meistens stehe und nachdenke. Zeitweise nahm er viele Medikamente zu sich. — Sein Vater sei an Trunksucht gestorben, sein Bruder habe von Jugend auf viel Schnaps getrunken und zeitweise an hysterischen Anfällen gelitten.

10. März: Der gleiche Zustand.

15. April: Vor einigen Tagen vom Arzt gefragt, ob er nicht zu beichten wünsche, sagte er, er müsse zu Hause beichten und möchte deshalb



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus der Anstalt entlassen werden. Er denke schon seit langer Zeit das zu sagen, aber bestimmte Vorstellungen ließen ihn das nicht sagen.

Im Untersuchungszimmer erzählte er heute dem ordinierenden Arzte, daß er im Februar die Anstalt habe verlassen wollen, um die „Fleischessenszeit"[1]) von der großen Fastenzeit zu trennen; diese Zeit habe er aber vorübergehen lassen, ohne etwas davon zu sagen; jetzt aber möchte er entlassen werden, um die Fastenzeit von Ostern zu trennen. Er habe überhaupt den Antrieb, zu trennen, was in irgendeiner Verbindung sich befinde. Deshalb wollte er auch hier in der Korbflechterei sich nicht beschäftigen, weil das Flechten eine Vereinigung schaffe und er das absolut nicht tun könne. Allerdings habe er sich zu jeder Arbeit und zu jedem Unternehmen von jeher schwer entschließen können; er habe nachdenken müssen, ob nichts Schlimmes passieren, ob er nicht das Mißfallen der oberen Angestellten erregen würde usw. Infolgedessen plage ihn das ganze Leben hindurch eine schreckliche Langeweile. Schon in der Schule habe er sich abseits von allen seinen Kameraden gehalten; alle lachten und freuten sich, er aber langweilte sich und konnte nicht begreifen, wieso die anderen sich freuen könnten. Besonders seit seinem 17. Lebensjahre habe ihn die Langeweile gequält. Später sei er zu allem ganz gleichgültig geworden. So habe ihn die Frau seines Bruders, bei dem er sich aufgehalten habe, mit den gröbsten Ausdrücken schimpfen mögen, es habe auf ihn keinen Eindruck gemacht, als ob es ihn gar nicht anginge, und er habe geschwiegen. Er meint, er hätte auf solche Schimpfereien schon geantwortet, wenn er ein gesunder, munterer Mensch wäre. Er beneide jeden, der sich freuen könne und Munterkeit des Gemütes besitze. Er beneide sogar die Anstaltskranken, die sich freuen und sich ärgern können; denn der Zorn deute auf eine Munterkeit des Gemütes hin.

Er habe in früheren Jahren sehr gern gelesen, und zwar Romane, Reisebeschreibungen, Zeitschriften, Zeitungen. In den letzten 2 Jahren habe er infolge gewisser Vorstellungen ganz aufgehört zu lesen und zu schreiben. Deswegen habe er auch seinem Bruder, den er sehr achte, kein einziges Wort aus Buraschewo geschrieben.

Er bittet, daß man ihn am Freitag (den 13. April) nach Hause entlasse.

Bei der Abendvisite bittet er den ordinierenden Arzt, ihn nicht am Freitag, wie er morgens gesagt habe, sondern am Donnerstag zu entlassen. Dann bittet er das Wort „trennen", das er heute morgen gesagt habe, und das Wort „drohen", das er bei der Aufnahme gesagt habe, zu streichen.

12. April: Heute morgen wird er aus der Anstalt entlassen und dankt dem Arzt für die Behandlung.

---

[1]) Die Fleischessenszeit ist in Rußland zwischen Weihnachten und den großen Fasten.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

III. Tatjana T., geboren im Jahre 1872, trat in Buraschewo den 24. August 1907 ein.

Bei der Aufnahme ist die Kranke besonnen, gut orientiert über Zeit und Ort, die Stimmung ist gedrückt, Patientin klagt darüber, daß es ihr langweilig sei, daß sie verschiedenes dummes Zeug denken müsse. Als sie nach Buraschewo gefahren sei, habe sie den Fluß (Wolga) zweimal passiert, und da habe sie nachher überlegen müssen, warum sie das zweimal getan habe; den ganzen Tag habe sie darüber nachgedacht. Sie sei auch gestern durch ein Dorf gefahren, wo eine Dorffeier stattfand und viele Leute promenierten; da habe sie denken müssen, wie viele Leute dort gewesen sein könnten; fing dann an zu denken, wie viele Leute es überhaupt in der ganzen Welt gebe usf. Über alles müsse sie denken. Es komme ihr plötzlich in den Sinn, daß sie irgendwo vor langer Zeit Geld bekommen habe, und da fange sie an unaufhörlich zu rechnen, wo sie dieses Geld ausgegeben haben könnte. — Ein anderes Mal fange sie an, über den Namen eines Menschen nachzugrübeln; könne nachts nicht einschlafen, bis sie sich endlich an den Namen erinnere. Sie wisse, daß dies alles Unsinn sei, müsse aber doch denken, es treibe sie etwas dazu. Sie sei jetzt seit 2 Monaten krank. Sie habe auch früher mehrmals solche Zustände durchmachen müssen. Sie sei schon vor 10 Jahren in Buraschewo 7 Monate lang in Behandlung gewesen und daraus dann als gebessert entlassen worden.

Die Kranke ist von mittlerer Größe, regelmäßig gebaut, schlecht genährt. Pupillen gleich, reagieren gut auf Licht und Akkomodation. Zunge etwas belegt, zittert nicht, wird gerade herausgestreckt. Haut- und Sehnenreflexe normal. Sprache rein, deutlich. Gedächtnis nicht gestört. Keine Halluzinationen, keine Wahnideen. An den inneren Organen nichts Abnormes.

Aus der früheren Krankengeschichte ist zu entnehmen, daß die Kranke zum erstenmal in Buraschewo vom 29. September 1897 bis 9. März 1898 in Behandlung gewesen ist. Ein Jahr vor ihrem ersten Eintritt in Buraschewo verlor sie Geld und dachte viel daran. Nach 7 oder 8 Monaten fing sie an unaufhörlich zu rechnen; zählte bald das Geld, bald die Zahl der Lieder; suchte ins Gedächtnis zurückzurufen, was sie einen Tag vorher getan hatte; sie müsse über die verschiedensten Dinge nachdenken, die gar keine direkte Beziehung zu ihr haben, über längst vergangene Ereignisse; müsse singen, obgleich ihre Gedanken mit ganz anderen Dingen beschäftigt seien. In der Anstalt war sie still, besonnen, klar, klagte über allgemeine Schwäche, Kopfdruck, Schwindel, hielt sich abseits von anderen Kranken und unterhielt sich nicht mit denselben. Äußerte, daß die verschiedensten Gedanken sie plagten: bald ein Lied, bald ein zufällig gehörtes Wort oder Gespräch. Jedes Wort, das sie von einer anderen Kranken hörte, beunruhigte sie, denn sie suchte dieses Wort, besonders nachts, ins Gedächtnis zurückzurufen und nach-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zugrübeln, was denn dies eigentlich bedeuten solle. Sie schlief deswegen nachts schlecht. Fing dann an zu arbeiten, fühlte sich zeitweise besser. Sie beruhigte sich allmählich, aß und schlief gut, klagte nicht mehr über die Gedanken und wurde in gebessertem Zustande aus der Anstalt entlassen.

Über ihr Vorleben erzählt sie folgendes:

Ihre Eltern und eine Schwester seien an einer ihr unbekannten Krankheit gestorben. Ein Bruder und eine Schwester leben und seien gesund. Eine Tante sei geisteskrank gewesen. Nach dem Tode ihrer Eltern lebte sie bei ihrer Schwester. Die Kranke zeichnete sich immer durch ihre schwache Gesundheit aus, habe an Kopfschmerzen, Schwindel, Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen gelitten. Alkohol habe sie nicht getrunken. Keine Lues. Sie habe vier außereheliche Kinder geboren, von denen drei gestorben seien. Sie wollte nicht heiraten, das eine Mal ihres Bruders wegen, der sonst in den Militärdienst hätte eintreten müssen, später nicht, weil ihre Schwester starb und sie deren Kinder pflegen wollte. Seit 13 Jahren lebe sie als Dienstmagd. Vor 10 Jahren habe sie 17 Rubel verloren, die sie in die Sparkasse tun wollte. Sie fing an zu weinen, sei geizig geworden, habe nicht begreifen können, wohin das Geld bei ihr verschwinde. Im Anfang nach dem Verlust habe sie sich nur wenige Gedanken gemacht; später aber haben diese Gedanken immer mehr zugenommen, und sie sei nach 1 Jahre in einen sehr schlechten Zustand geraten. Habe angefangen zu grübeln und zusammenzurechnen, wieviel Geld sie verdient habe die ganze Zeit, seitdem sie in den Dienst getreten sei, dann, wieviel Geld sie im Laufe der gleichen Zeit ausgegeben habe. In diesem Zustand sei sie vor 10 Jahren in Buraschewo eingetreten, wo sie 7 Monate lang gewesen sei; sie sei damals längs der Abteilung hin und her gegangen, rechnete immer und grübelte nach, wann sie ein gewisses Kleid gekauft und wann sie es zerrissen habe usw. In Buraschewo habe sich ihr Zustand gebessert. Nach ihrem Austritt aus der Anstalt habe sie sich 2 Jahre gut gefühlt. Sie habe nämlich damals eine Stelle gehabt, wo sie viel arbeiten mußte und zum Grübeln keine Zeit hatte. Als sie aber in der nächsten Stelle viel mit einem Kinde habe sitzen müssen und wenig zu tun gehabt habe, fingen die Gedanken an sie wieder zu plagen, was etwa 2 Monate lang dauerte. Hierauf habe sie sich 1 Jahr gut gefühlt, weil sie schwere Arbeit auf dem Lande verrichten mußte. Sie vertauschte dann die Stelle mit einer leichteren, und da nahmen wieder die Gedanken zu, 4 Monate lang; etwa 1 Monat habe sie deswegen in einem Krankenhaus gelegen. In den letzten 3 Jahren habe sie sich gut gefühlt, habe eine Stelle in einem Gasthause gehabt, wo sie viel arbeiten mußte; es gefiel ihr überhaupt dort gut, da sie von der Herrschaft als zur Familie gehörig behandelt wurde. Wäre die Unannehmlichkeit mit ihrem Kinde nicht gekommen, so hätte sie sich auch noch jetzt wohlgefühlt.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie erzählt, daß sie nachts habe daran denken müssen, was sie dem Arzt gestern erzählt habe, ob sie es ihm gut und richtig gesagt habe. Sie müsse immer darüber nachgrübeln, was vergangen sei; es dränge sie etwas dazu. Fortwährend müsse sie denken, möge sie sitzen oder gehen oder schlafen. Sie klagt, daß sie an nichts Freude haben könne; wenn sie höre, daß andere Leute sich freuen, könne sie das nicht leiden, möchte davonlaufen. Sie beneide alle anderen, die sich freuen können, sogar die Geisteskranken, die doch an etwas Interesse nehmen; sie aber müsse sich langweilen und nachgrübeln. Es quäle sie hauptsächlich der Umstand, daß sie beständig denken müsse, und nicht, daß sie irgend etwas ängstige.

26. August: Heute nacht schlief sie schlecht. Habe immer darüber nachdenken müssen, was sie dem Arzt gestern gesagt habe.

Erzählt, daß sie den 4. August vorigen Jahres geboren habe; sie habe das Kind in einer Erziehungsanstalt untergebracht, wo sie auch selbst eingetreten sei, um das Kind mit der Brust zu nähren. 3 Monate lang sei das Kind dort geblieben und nachher zu einem Bauer in ein Dorf zur weiteren Pflege, wie es dort die Regel ist, gegeben worden. Bald nachher fing sie an zu weinen und sich nach dem Kinde zu sehnen; es stellten sich bei ihr Kopfschmerzen ein, unzählige Gedanken traten auf. Sie stellte sich vor, wie sie früher das Kind in den Armen gehalten, es geliebkost, gewiegt, mit ihm gelacht habe usw. usw.

Im Januar sei sie zum Kind gefahren. Man habe für sie dort eine Stelle ermittelt, sie aber habe sich nicht entschließen können, dort zu bleiben, da sie ihre Habe zu Hause gelassen hatte. Aber nachher bereute sie, nicht dort geblieben zu sein; dann, das Kind nicht mit sich genommen zu haben. Nach der Heimkehr am 16. Januar fing sie an zu weinen, nachzugrübeln, daß es besser wäre, das Kind mitzunehmen und betteln zu gehen, als es bei fremden Leuten zu lassen. Sie stellte sich vor, daß das Kind auf dem Boden nackt, schmutzig, hungrig liegen und sich erkälten könne. Sie dachte immer, sie werde morgen oder übermorgen fahren, um das Kind zu holen, damit sie es bei sich habe, sie sei aber nicht gefahren, denn die Fräulein aus der Erziehungsanstalt hätten ihr abgeraten, das zu tun. Bald dachte sie zu fahren, bald zu bleiben.

Nachher sei bei ihr eine andere Idee aufgetreten; sie habe angefangen zu rechnen, wieviel Geld sie im Erziehungshause ausgegeben oder wieviel ihr die Reise zu den Verwandten nach dem Dorf hinter Moskau gekostet habe. Sie wisse, daß sie 10 Rubel gehabt habe, und es seien davon nur 2 Rubel übriggeblieben, und da fange sie an zu rechnen, warum und wofür sie soviel Geld ausgegeben, was ihr die Reise, die Geschenke, Kinderhemden, Kinderkleider usw. gekostet haben. Sie fange an zu bereuen, daß sie soviel Geld ausgegeben, und denke, es wäre besser, sie wäre gar nicht gefahren.

Später fing sie an, längst Vergangenes in Gedanken zusammenzurechnen. Wenn es ihr bei dieser Rechnung z. B. an 20 Kopeken fehle,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so suche sie sich zu erinnern, wofür diese 20 Kopeken ausgegeben sein könnten; es fange an sie stark zu quälen, sie werfe die Arbeit weg, könne nachts deswegen nicht einschlafen und müsse darüber immer nachdenken. Falls sie sich dessen nicht erinnern könne und sie sich doch von diesen quälenden Gedanken befreien wolle, so erfinde sie einen Gegenstand, wofür sie das fehlende Geld verwendet haben könnte. Wenn sie auch wisse, daß dies unwahr sei, das Erfundene aber nur mit der Rechnung übereinstimme, so beruhige sie sich und könne einschlafen.

Sobald sie früh morgens aufstehe, fange sie an, an das Kind zu denken. Sie schließe diese Gedanken damit, daß sie, sobald ihre Gesundheit wiederhergestellt sei, zum Kind fahren und es mit sich nehmen werde, und damit beruhige sie sich. Aber plötzlich komme ihr in den Sinn: „Sollte wohl das Kind während dieser Zeit vor Hunger, schlechter Pflege, Erkältung u. dergl. gestorben sein?“ Und nun plagen die Gedanken sie von neuem, warum sie das Kind zu fremden Leuten gegeben habe usw. usw.

In den letzten 2 Monaten vor ihrem Eintritt in Buraschewo habe sie in einem Krankenhause gelegen; es sei ihr dort etwas besser geworden, sie habe angefangen etwas spazieren zu gehen und sich mit anderen zu unterhalten; vor dieser Zeit habe sie mit niemandem sprechen können und habe immer denken müssen.

30. August: Geht in der Abteilung auf und ab und ist in ihre Gedanken versunken, spricht etwas leise für sich hin. Klagt, daß sie nachts nicht habe schlafen können, weil sie immer nachdenken mußte, aus welchem Bezirk die zwei Kranken stammen, die gestern entlassen wurden; sie habe nämlich einen Tag vorher zufällig gehört, aus welchem Bezirke diese Kranken seien, die sie übrigens gar nicht interessieren.

Sie suche sich ins Gedächtnis zurückzurufen sogar das, was vor längeren Jahren passiert sei, ja selbst solche Ereignisse, die stattgefunden, als sie noch ein Kind war. — Erzählt, daß sie in Moskau zufällig in einer gemeinsamen Wohnung einen ihr unbekannten jungen Herrn und ein Mädchen, die zusammenlebten, gesehen habe. Damals achtete sie gar nicht darauf. Als sie aber 2 Monate später erkrankte, fing sie an sich Fragen zu stellen, von welchem Gouvernement das Mädchen und ihr Geliebter seien, ob sie aus dem gleichen Gouvernement oder aus verschiedenen stammten, wieso sie in ein intimes Verhältnis zusammentreten konnten, wieso die Mutter des Mädchens sie habe zusammenleben lassen. Nachher fragte sie sich, wo die Mutter dieses Mädchens wohne, ob sie allein lebe oder mit einem Manne usw.

Wenn sie in einem Zimmer sich aufhalte, müsse sie später nachdenken, auf welcher Seite des Zimmers der Tisch und auf welcher Seite das Bett gestanden habe. Sie müsse unbedingt sich erinnern, ob der Tisch auf der rechten oder aber auf der linken gestanden.

20. September: Sie benimmt sich in der Abteilung still, ruhig, arbeitet viel im Nähsaal, im Feld, klagt oft über Schmerzen im Kopf, in der Herz-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegend usw. Ihr Zustand wechselt: an einem Tage fühlt sie sich besser, am anderen schlimmer, im ganzen aber ist ihr Allgemeinbefinden besser. Sie sagt, daß sie während der Arbeit ihren Zustand vergesse, daß aber auch dann die Gedanken sie nicht ganz verlassen. — Die letzte Nacht habe sie nicht schlafen können, habe an das Kind gedacht, daß es möglicherweise hungrig sei, weine usw. Von den Gedanken an das Kind sei sie auf andere Gedanken übergegangen. Sie wollte sich erinnern, wann ihre verschiedenen Verwandten gestorben seien. Habe dann angefangen über das Geld nachzudenken; habe gerechnet, wo sie das im Erziehungshause verdiente Geld verbraucht habe. Nachher habe sie angefangen nachzugrübeln, wievielmal und wo sie den Arzt gesehen habe, aus welchem Gouvernement und Bezirk er stamme, welchen Standes er sei, ob er vorher arm gewesen sei oder zu einer begüterten Familie gehöre usw. Die Gedanken seien dann auf die Oberwärterin übergegangen, aus welchen Gegenden sie wohl sein möge, wieso sie hierher gekommen sein könne, ob sie verheiratet oder ledig sei u. dergl. — Sie habe auch gedacht, wann und wo jene gewohnt habe, welche Namen ihre sämtlichen Herrschaften, bei denen sie im Dienste gewesen sei, gehabt hätten usw. usw.

Um einschlafen zu können, suche sie auf irgendeine Weise die Gedanken abzuschließen. In betreff des Geldes suche sie etwas aus, womit sie die Rechnung schließen könnte. Bezüglich des Arztes erfinde sie, daß er z. B. aus dem Gouvernement Rjasan sei und einem gewissen Bezirk, erdenke irgendeinen Namen des Vaters usw. Dann beruhige sie sich und schlafe ein.

Sie stehe morgens auf mit dem festen Entschluß, weiter nicht zu grübeln. Nach einiger Zeit fange sie aber an wieder nachzudenken. Wenn sie z. B. die Lampe anschaue, so fange sie an zu denken, aus welchem Material das Glas gemacht, ob es gegossen oder auf irgendeine andere Weise gemacht werde. Um sich von diesen quälenden Gedanken zu befreien, komme sie endlich zum Entschluß, sie werde sich bestreben irgendwann eine Glasfabrik zu besuchen und werde dort sehen, woraus das Glas gemacht werde, und diese Entscheidung beruhige sie. — Wenn sie auf dem Spaziergang jemanden sehe, müsse sie denken, wer und woher usw. derselbe sei. — Wenn sie die Kirche in Buraschewo besuche und die Kirchengemälde betrachte, denke sie nach, wieviel Geld darauf verwendet worden sei, woher eine so kleine Gemeinde soviel Geld hernehmen könnte usw.? — Während ihrer Anwesenheit in Moskau habe sie gedacht, wie viele Häuser, Kirchen dort wären, wieviel Geld nötig sei, um alles dies zu bauen. — Früher habe sie auch daran gedacht, wie die Welt angefangen, wer der erste gewesen sei, der die Häuser usw. zu bauen begonnen habe. Sie beschloß diese Sache damit, daß es nicht ihre Sache wäre, sich damit zu befassen. — Es sei ihr schwer bei diesen Gedanken: es schüttle sie förmlich, wenn sie sich an irgend etwas nicht erinnern könne; wenn sie sich dessen erinnere, werde es ihr leichter, aber gleich müsse sie an etwas anderes denken.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie habe das Gefühl der Müdigkeit, der Schwäche, möchte weder spazieren gehen, noch den Gesang anhören, sie müsse über alles denken. — Sie habe gemerkt, daß an dem Abend, wo sie ein Bad bekomme und Brom nehme, sie besser schlafe und weniger Gedanken habe.

12. Oktober: Unverändert. Die gleichen Gedanken. Patientin arbeitet viel. Wenn sie arbeitet, hat sie weniger Gedanken. Wenn sie nicht beschäftigt ist, kann sie nirgends ihre Gedanken los werden. Äußert oft hypochondrische Ideen: über Herzklopfen, Unterleibsschmerzen, starkes Kopfweh u. dergl.

Jetzt quält sie der Gedanke an einen Neffen, der Anfang November zur Militärmusterung einberufen wird. Sie bedauert ihn, da er keine Mutter habe, die ihm jetzt in der schweren Stunde beistehen könnte; wäre sie (Pat.) jetzt bei ihm, so hätte sie ihm das Notwendigste genäht und geflickt und von ihm vor seinem Eintritt in den Militärdienst Abschied genommen; nun könne es ja kommen, daß sie ihn gar nicht mehr sehen werde.

27. Oktober: Seit einigen Tagen fühlt sie sich besser. Wenn sie sich auch verschiedene Gedanken mache, so seien sie doch nicht so quälend. Nachts schläft sie besser. Sie habe noch Kopfschmerzen, Schwächegefühl, bei der Arbeit ermüde sie leicht. Sie äußert den Wunsch, aus der Anstalt entlassen zu werden, wie es scheint, hauptsächlich deswegen, um ihren Neffen zu sehen.

12. November: In den letzten Tagen fühlt sie sich wieder schlecht; des Tags geht sie in der Abteilung auf und ab und denkt nach, kann nachts wegen ihrer Gedanken nicht schlafen. Müsse an das Kind und an den Neffen denken, der wahrscheinlich jetzt Soldat sei, und den sie bedaure. Es sei ihr schlechter geworden, seitdem die Ärzte ihr abgeraten, die Anstalt jetzt zu verlassen, während sie sie vorher auf ihre Bitte entlassen wollten. Sie habe sich zwar einverstanden erklärt, noch zu bleiben, um sich auch körperlich zu erholen, aber nachher fingen die Gedanken wieder an sie stärker zu quälen, warum sie dageblieben sei, ob es nicht besser wäre aus der Anstalt auszutreten und den Neffen und das Kind zu sehen. Und dann fing das Rechnen wieder an, und verschiedener Unsinn quälte sie wieder: bei welchen Leuten sie im Dienste gewesen, wie viele Jahre seither vergangen, wie jene hießen, was für Kleider sie sich irgendwann gekauft habe usw. usw.

Die letzte Nacht habe sie gar nicht schlafen können; *sie habe ihre Gedanken trotz aller ihrer Bemühungen nicht abschließen können; sie schweifte von einem zum zweiten, dritten, vierten Gedanken* usw. *ab, ohne irgendeinen abschließen zu können.*

26. November: Keine Besserung im Zustande.

IV.: J. Chan., 38 Jahre alt, verheiratet (ambulatorisch behandelt).

Kam den 25. Januar 1907 und meldete, daß er im November vorigen Jahres in seinem Geschäftsladen folgenden „Anfall“ gehabt habe: er ver-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spürte starkes Herzklopfen, Kopfschwindel, es schüttelte ihn, die Augen öffneten sich weit. So dauerte es 4 Stunden. 3 oder 4 Tage nach diesem „Anfall" überfiel ihn nachts im Bette eine Angst: er atmete schwer, schwitzte stark, dachte immer, daß ihm Schlimmes passieren werde, daß er einen Anfall bekommen, von Sinnen kommen werde. Seit dieser Zeit fürchtet er allein zu bleiben. Als z. B. gestern seine Frau abends ausging und er allein im Zimmer blieb, sei ihm ganz schrecklich geworden, besonders als er auf seinen Schatten blickte; er fing dann an vor Schrecken zu beten; als seine Frau zurückkehrte, habe er sich beruhigt. Seit dieser Zeit fürchte er sich auch vor dem Messer und überhaupt vor scharfen Instrumenten, weil er damit Böses anstellen könne. Wenn er abends in den Hof hinausgehe, um die Notdurft zu befriedigen, beeile er sich, gleich zurückzukehren, damit ihm nichts geschehe. Er habe auch Höhenangst: so sei er vor kurzem mit seiner Frau in Moskau gewesen, und sie seien beide auf den Turm der Kirche des Heiligen Johann hinaufgegangen; als sie bereits oben gewesen und er neben dem Fenster gestanden, bekam er eine schreckliche Angst, daß er herunterstürzen könne, und lief schnell die Treppe hinunter. — Er habe Furcht vor Leichen: er habe einmal eine Leiche gesehen, da sei es ihm schlecht geworden, es sei ihm so vorgekommen, als müsse auch er sterben. — Wenn bei ihm ein schlechter Gedanke auftrete, so suche er sich auf andere Gedanken abzulenken oder mit Leuten ein anderes Gesprächsthema anzuknüpfen; dann werde ihm leichter. — Klagt über Kopfschwindel, Ohrensausen, negiert Stimmen und Gesichtserscheinungen.

In der Kindheit habe er keine Krankheiten gehabt, in der Schule gut gelernt, im Militärdienst sich nichts zuschulden kommen lassen, alle seine Pflichten gut erfüllt. Er sei nach dem Militärdienst längere Zeit bei einem General Koch gewesen, bei dem er Geld gespart habe; habe darauf ein kleines Spezereigeschäft eröffnet, in dem es ihm aber schlecht gegangen sei. Seit 1 Monat habe er eine Teehalle eröffnet. — Seit 11 Jahren sei er verheiratet, habe mit seiner Frau bis zu seiner Erkrankung gut gelebt, nur füge er ihr in der letzten Zeit infolge seiner zunehmenden Reizbarkeit ungerechte Beleidigungen zu. Kinder habe er nicht; keine Fehlgeburten bei der Frau. Er habe in der Jugend viel onaniert. Schnaps habe er früher viel getrunken; in der letzten Zeit habe er damit aufgehört; Alkohol vertrage er schlecht. Im Militärdienst sei er an Typhus krank gewesen; er leide oft an Brustschmerzen, habe einen Tripper gehabt, aber keinen Schanker und keine Syphilis. — Von Charakter sei er seit frühester Jugend immer nachdenklich und besorgt gewesen; habe immer Furcht gehabt, das Geschäft werde nicht gut gehen u. dergl. — An Geistes- oder Nervenkrankheiten habe er nicht gelitten. — In der Familie kenne er keine Geisteskranke, keine Epileptiker, keine Alkoholiker. — Seine Mutter sei immer etwas furchtsam gewesen, habe immer Angst gehabt, daß man sie bestehle, sie sei mehrmals nachts aufgestanden und habe alle Türen geprüft, ob sie fest geschlossen seien.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Kranke ist groß, mager, blaß, schlecht genährt. Pupillen gleich weit, reagieren gut auf Licht und Akkomodation. Patellarreflexe etwas erhöht. Deutliche Dermographie. In den inneren Organen nichts Abnormes.

Es wurde ihm Brom und Phenacetin verordnet.

21. Februar: Sagt, daß er ruhiger geworden sei. Er habe zwar noch die gleichen Gedanken, könne aber dieselben ablenken, indem er auf ein Bild oder einen Gegenstand hinblicke oder an etwas anderes denke. — Angst habe er hauptsächlich, wenn er allein bleibe; schlafe daher schwer ein, wenn niemand da sei; deshalb lege er sich zu Bett, wenn noch Leute in seinem Gasthause sind, und da er aus seinem Schlafzimmer, das an das Gastzimmer grenzt, dem Gespräch der Leute zuhören könne, so werde er von seinen traurigen Gedanken abgehalten und könne einschlafen. — In der letzten Zeit habe er eine große Angst auszustehen gehabt. Er habe in die Stadt fahren müssen, um Ware einzukaufen. Auf dem Rückwege, als er mit dem Zuge die letzte Bahnstation erreichte, sei es 7 Uhr abends gewesen; von da hätte er nach Hause nur 2 Werst zu gehen. Er habe zuerst Mut gefaßt und diese kurze Strecke nach Hause zu Fuß gehen wollen; bald aber sei ihm die Angst gekommen, er könnte in dem Schnee umfallen und dort erfrieren, da keine Leute zur Hilfe in der Nähe wären. Er versuchte einige Schritte zu gehen, aber es sei ihm so schrecklich geworden, daß er zurückkehren mußte, einen Fuhrmann bestellte und nach Hause fuhr; erst dann habe er sich beruhigt.

6. Juli: Das Aussehen ist munterer. Er erzählt, daß er sich seit 3 Monaten besser fühle. Er schreibt die Wirkung dem Medikamente zu. Er sei jetzt mit dem Bau eines Hauses, das ihm gegen 2000 Rubel kosten werde, beschäftigt, so daß er Arbeit genug habe, aber auch viele Sorgen, da er fürchte, er werde die Sache nicht zu Ende bringen können. — Im ganzen sei das Befinden besser: er könne nachts einschlafen, es kommen ihm jetzt weniger schreckliche Gedanken in den Kopf. Allerdings werde es ihm auch jetzt schrecklich, wenn er allein bleibe: es stelle sich ihm vor, er komme von Sinnen usw. Wenn er abends von seinem Bau nach Hause gehe, so laufe er schnell, da er fürchte, es könnte mit ihm unterwegs etwas passieren.

10. Oktober: Im allgemeinen der gleiche Zustand. Er muß unbedingt das vorgeschriebene Medikament, dem er eine große Wirkung zuschreibt, einnehmen; wenn dasselbe zu Ende ist, fühlt er sich schlecht, bis er dasselbe in der Apotheke wieder bekommt.

V. Bertha K., 25 Jahre alt, verheiratet (ambulatorisch behandelt). Kam am 14. Mai 1907 zur Konsultation.

Die Kranke ist von mittlerer Größe, gut genährt und gebaut. Die Zunge zittert nicht. Die Pupillen reagieren gut auf Licht und Akkomodation. Sehnen- und Hautreflexe normal. Die Sensibilität zeigt keine erhebliche Abweichung von der Norm. — Psychisch ist Patientin gut



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

orientiert in Zeit und Ort; das Bewußtsein ist klar, Gedächtnis gut, Benehmen normal; keine Halluzinationen und Wahnideen.

Erzählt folgendes: Sie habe in der Schule gut gelernt, keine Anfälle gehabt. Als sie 13 Jahre alt war, litt sie an Malaria. Sie sei oft dem Magenleiden unterworfen gewesen: nach gewissen Speisen habe sie Aufstoßen gehabt, Stuhlverstopfung, schlechten Appetit. Sie habe oft heftige Kopfschmerzen gehabt. — Alkoholismus, Lues werden negiert ebenso Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie. Sie sei seit 3 Jahren verheiratet und komme mit dem Manne gut aus. Sie habe vor 6 Monaten ein Kind geboren. Die Geburt sei gut verlaufen. Sie habe 4 Monate lang an linksseitiger Mastitis gelitten; nach einer Operation sei eine Verhärtung in der Brustdrüse entstanden. Dieser Umstand habe sie stark geängstigt; sie habe gefürchtet, daß daraus ein Krebs entstehen könnte, da sie vorher von ihrer Freundin gehört hätte, daß bei dieser laut Angabe des Arztes sich ein Krebs infolge einer Verhärtung der Brustdrüse nach einem Abszeß gebildet habe. Die Freundin habe ihr auch erzählt, daß, während der Eiter sich bei ihr in der Brustdrüse ansammelte, sie einen Schmerz verspürte, als ob eine Maus durch den Körper herumlaufe. — Vor einer Woche hat unsere Kranke plötzlich verspürt, daß eine Maus an ihrem Körper herumlaufe. Jedesmal, wenn sie dies spüre, werde es ihr sehr schrecklich, sie werde leichenblaß, es schüttle sie, es werfe sie in eine Kälte und dann in eine Hitze. Wenn der Anfall komme, so kleide sie sich nackt aus und suche überall die Maus, bitte auch ihre Angehörigen nachzusehen, ob eine Maus vorhanden sei. Der Anfall dauere 10 bis 15 Minuten, manchmal gegen ½ Stunde. Die Anfälle kommen 3 oder 4mal am Tage, manchmal öfters. Nach den Anfällen wundere sie sich, daß sie an so etwas habe glauben können. — Nachts fürchte sie allein zu bleiben oder allein auf die Straße zu gehen. Sie fürchte, es könnte der Anfall kommen, wenn sie allein sei, und es werde Niemanden geben, der ihr behilflich sein könnte. — Über das weitere Schicksal der Kranken konnten wir nichts erfahren.

I.

Ehe ich mich zur psychologischen Ableitung dieser Erscheinungen wende, stütze ich meine Bemerkungen über die Verschiedenheit der Ansichten durch kurze Vorführung der hauptsächlichsten Autoren.

Die Lehre von den Zwangsvorstellungen beginnt mit *Westphal.* In seiner berühmten Arbeit über „Die Agoraphobie“, die im Jahre 1877 erschien, bezeichnet er als Zwangsvorstellungen „solche Ideen, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorme, ihm fremdartige anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht. Der Inhalt ist absurd. Niemals werden die Zwangsvorstellungen zu echten Wahnideen. Sie haben keine emotive Grundlage. Die Vorstellungen rufen erst sekundär ein Angstgefühl hervor.“ [1])

Krafft-Ebing erklärt die Zwangsvorstellungen für Gedanken, deren Ungereimtheit der Kranke einsieht, und die doch beständig in das bewußte, logische Vorstellungsleben eindringen, den Ablauf desselben stören, dadurch beunruhigen, ja selbst sich mit Impulsen zu entsprechenden Handlungen verbinden, die der Kranke selbst, je nach ihrem Inhalt, lächerlich oder abscheulich findet. Diese Gedanken entstehen ursprünglich im Bewußtsein ganz spontan, plötzlich, ohne sichtbare Anlässe, oder sie treten auf infolge eines äußeren Ereignisses [2]).

Mendel [3]), *Emminghaus* [4]), *Hoestermann* [5]) schließen sich der Definition *Westphals* über die Zwangsvorstellungen vollständig an. *Mendel* unterscheidet noch von den Zwangsvorstellungen im engeren Sinne die Phobien, die nichts anderes seien als ängstliche Vorstellungen meistens hypochondrischer Natur.

Ziehen hält die Zwangsvorstellungen für eine Art des pathologischen Irrtums; sie unterscheiden sich von den Wahnideen dadurch, daß bei den Zwangsvorstellungen berichtigende Urteilsassoziationen in überlegener Zahl auftreten. Der Kranke ist daher von der Unrichtigkeit und Krankhaftigkeit seiner unrichtigen Vorstellungen völlig überzeugt, wird aber dieselben trotzdem nicht los. — *Ziehen* unterscheidet drei Gruppen von Zwangsvorstellungen: 1. solche, die anfangs fast affektlos auftreten, 2. solche Vorstellungen, denen der Angstaffekt koordiniert zur Seite stehe, und 3. solche, in denen der Angstaffekt der Zwangsvorstellung vorangehe [6]).

Störring vertritt in seiner Psychopathologie die Anschauung, daß man die Ursache des Auftretens der Zwangsvorstellungen in den Affekten suchen müsse [7]).

Kräpelin gibt an, daß es regelmäßig gemütliche Verstimmungen seien, welche den günstigen Boden für das erste Auftreten der Zwangserscheinungen abgeben [8]).

[1]) *Westphal*, Über die Agoraphobie. Arch. f. Psych. Bd. III.

[2]) *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1903, S. 59.

[3]) *Mendel*, Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Russ. Übersetz. 1904.

[4]) *Emminghaus*, Psychische Störungen im Kindesalter. Russ. Übersetzung 1890.

[5]) *Hoestermann*, Über Zwangsvorstellungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1885, S. 19—32.

[6]) *Ziehen*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1902.

[7]) *Störring*, Psychopathologie. Russ. Übersetz. S. 175—187.

[8]) *Kräpelin*, Psychiatrie. Leipzig 1904. Bd. II.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. S. Korssakow sagt, daß die Zwangsvorstellungen nicht ausschließlich den Störungen der intellektuellen Sphäre angehören; zweifellos leide in bedeutendem Maße bei diesen Ideen auch die emotive Sphäre und die Willensfunktion [1]).

Jastrowitz meint, daß die Zwangsvorstellungen nicht nur auf intellektueller, sondern auch auf emotiver Grundlage entstehen [2]).

Nach *Willes* Ansicht entstehen die Zwangsvorstellungen auf emotiver Grundlage. Der Inhalt sei nicht immer dem Bewußtsein fremd und nicht immer absurd und sei überhaupt nicht das Wesentlichste; die Hauptsache sei, daß die Zwangsvorstellungen Zwangshandlungen hervorrufen oder umgekehrt irgendwelche Handlungen hemmen können [3]).

Friedmann stellt die Ansicht auf, daß die Zwangsidee auf einer Steigerung der Intensität der Vorstellung beruhe, und stellt dieselbe mit der fixen und Wahnidee zu einer Gruppe zusammen; alle drei seien der Intensität nach gesteigerte Vorstellungen; der Unterschied sei der, daß bei den Zwangsvorstellungen die Ideen den Personen als aufgenötigt und fremd erscheinen, während bei den übrigen das Realitätsurteil bejahend laute [4]).

Cramer hält die Zwangsvorstellungen für partielle Halluzinationen des Sprachapparates und des Muskelgefühls, während die Wahnideen nichts anderes als Zwangsvorstellungen seien, die der Kranke nicht für krankhaft halte [5]).

Schüle erweitert sehr den Begriff der Zwangsvorstellung, indem er von melancholischen, paranoischen Zwangsideen spricht, und meint, daß dieselben in Wahnideen übergehen können [6]).

Eine noch größere Unbestimmtheit in der Definition der Zwangsvorstellungen herrscht unter den französischen Irrenärzten. Unter ihnen hat auf diesem Gebiet am allermeisten *Magnan* gearbeitet, der eine Menge von Fällen von Zwangszuständen gesammelt und ausführlich bearbeitet hat. Als pathologischen Zwang bezeichnet er ein krankhaftes Syndrom, einen episodischen Zustand im Leben des Degenerierten, der sich durch das plötzliche Auftreten einer Idee oder einer Gruppe von Ideen charakterisiert, welche ins klare Bewußtsein in Form von Anfällen eintreten, die normale Ideenassoziation auf eine Zeitlang unterbrechen trotz der Willensanstrengungen, deren Nutzlosigkeit sich in den Qualen, denen der Kranke unterworfen werde, äußere. — Als ähnliches krankhaftes Syndrom

[1]) *S. S. Korssakow*, Lehrbuch der Psychiatrie. Russ., 1901, Bd. I.

[2]) *Jastrowitz*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1881, S. 734.

[3]) *Wille*, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psych. 1882, Bd. XII.

[4]) *Friedmann*, Über den Wahn. Wiesbaden 1894.

[5]) *Cramer*, Halluzinationen im Muskelsinn und ihre klinische Bedeutung. 1889.

[6]) *Schüle*, Klinische Psychiatrie. 1886.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sieht *Magnan* die sogenannte pathologische Impulsivität an, die sich vom pathologischen Zwang dadurch unterscheide, daß sich im ersten Fall Handlungen einstellen, während im letzten Fall Ideen auftreten. Charakteristische Merkmale dieser beiden Zustände seien das klare Bewußtsein, die fürchterliche Qual, die auftrete beim Bestreben des Kranken, die aufgezwungenen Ideen und Handlungen zu überwinden, was aber als vergeblich und nutzlos sich erweise, das Zunehmen der körperlichen Symptome und endlich die nachträgliche Erleichterung nach dem Zustandekommen der Erscheinung.

Auf Grund dieser Merkmale stellt *Magnan* neben die echten Zwangserscheinungen (wie z. B. die Zweifelsucht, Onomatomanie, Oniomanie, Arithmomanie, Echolalie, Koprolalie, Berührungsfurcht) die Phobien (wie z. B. die Agoraphobie, Claustrophobie, Topophobie, Pyrophobie); hierher rechnet er auch die impulsiven Handlungen (wie z. B. die Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie, Mordsucht, Selbstmordsucht) [1]).

Pitres und *Régis* halten den Affekt für den primären und Hauptausgangspunkt der Zwangsideen. Auch sei der Affekt der beständige und notwendige Bestandteil der Zwangsvorstellungen. Den Entwicklungsgang dieses krankhaften Zustandes erklären sie so, daß anfangs nur der Affekt existiere; das seien die sogenannten Angstneurosen, Phobien. Später trete eine fixierte Idee auf, es entwickle sich eine „obsession" im engeren Sinne. Den ersten Zustand nennen sie „Panophobie", den zweiten „Monophobie". Die „obsession" sei nur eine schwerere und intellektuelle Form der Phobie. Die Autoren sind der Ansicht, daß die „obsessions" von Bewußtseinsstörung begleitet werden [2]).

In der letzten Zeit tritt in Deutschland eine Wendung zugunsten der *Westphal*schen Definition der Zwangsvorstellungen auf. Auf dem Kongresse der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe im November 1905 hielt *Bumke* ein Referat über „psychische Zwangserscheinungen", in dem er die Ideen, die den Charakter eines subjektiven Zwanges tragen, von denen streng trennt, die als Folge des objektiven Zwanges erscheinen. Nur die ersteren könne man Zwangsideen im Sinne *Westphals* nennen. Zwangserscheinungen nennt er die Zwangsvorstellungen und alle psychische Erscheinungen, die aus ihnen unmittelbar hervorgehen. Gleich *Westphal* negiert *Bumke* jede emotive Grundlage der Zwangserscheinungen und führt sie auf eine Störung der Aufmerksamkeit oder des Willens zurück. — Die gleichen Ansichten äußerten *Rosenfeld*, *Hoche*, *Thomsen*. Nur *Friedmann* trat gegen die alte *Westphal*sche Definition der Zwangsvorstellungen auf. Wir werden uns später ausführlicher mit seiner Theorie beschäftigen [3]).

---

[1]) *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von *Möbius*.

[2]) Zitiert nach der russischen Zeitschrift „Obosrenje Psychiatrii" 1897, S. 778—779.

[3]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906, H. 1, S. 139—148.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine besondere Stellung in dieser Frage nehmen *Freud* und seine Anhänger ein. Nach *Freud* sind die Zwangsvorstellungen „jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Aktion der Kinderzeit beziehen" [1]).

Löwenfeld schließt sich im allgemeinen der Definition *Freud*s an, weicht aber von letzterem insofern ab, als er einen Zusammenhang sah zwischen dem Zwangserinnern und dem Pavor nocturnus in der Kindheit, an den sich das Zwangserinnern zeitlich anschloß [2]).

Warda erweitert und modifiziert die *Freud*sche Hypothese folgendermaßen: „Zwangsvorstellungen seien solche Ideen, die in störender Weise das Denken beschäftigen, in der Gesamtheit ihres Inhaltes einen selbstquälerischen Zug und Selbstkontrolle des Individuums wenigstens andeutungsweise erkennen lassen und damit einen mehr oder weniger versteckten Hinweis auf ein verdrängtes Schuldbewußtsein geben. Diese Vorstellungen imponieren dem Kranken um so mehr als zwangmäßig, fremdartig und für sein logisches Denken unerklärlich, je weniger ihnen ein ursprünglicher, peinlicher, gegen das leidende Individuum selbst sich kehrender Affekt anhaftet" [3]).

II.

Um aus diesem Chaos der verschiedensten Ansichten uns ein richtiges Urteil über die Zwangszustände zu bilden, prüfen wir unser Material an den Ergebnissen der Normalpsychologie.

Wie gestalten sich die normalen Vorstellungen?

Nach *Höffding* erscheint „als Unterlage einer gewissen Vorstellung oder eines Vorstellungskreises ein großes Interesse oder eine tiefe Leidenschaft. Bei Vorhandensein eines großen Interesses werde die Vorstellung zum stärkeren Assoziationszentrum, als es im anderen Falle wäre; alle Vorstellungen, die mit dem herrschenden Gefühle nicht in Einklang stehen, werden verdrängt. Die Energie der Vorstellung hänge ab von ihrer Beziehung zum Gefühle" [4]).

In betreff des Denkprozesses sagt *Höffding*, daß er „mit einer gewissen Stimmung verbunden sei; es gebe kein Denken ohne Gefühl.... Im Denken finde eine ausgleichende Tätigkeit nach bestimmten Prin-

---

[1]) *Freud*, Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen Neurol. Zentralbl. 1896.

[2]) *Löwenfeld*, Über eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens. Psych. Wochenschrift 1899/1900, S. 85, 106.

[3]) *Warda*, Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände. Arch. f. Psych. Bd. 39, S. 538.

[4]) *Höffding*, Psychologische Essays. Russ. Übersetz. 1892, S. 346 bis 347.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zipien statt, die nur dadurch möglich sei, daß ein gewisses Interesse zu einer bestimmten Verbindung der Vorstellungen sich bilde; beim Denken werde die Assoziation der Vorstellungen zum Gegenstand des besonderen Interesses und der bewußten Auswahl"[1]).

Hiernach sind in der Norm Vorstellungen und Denken von Gefühl begleitet, das als ihre Grundlage erscheint.

Ein schönes Beispiel des Zwangsdenkens haben wir in unserem Falle III (T. T.). Die Kranke rechnet zusammen, wieviel Geld sie seit der Kindheit bis zur letzten Zeit verdient, und wieviel sie während dieser Zeit ausgegeben habe. Ein anderes Mal rechnet sie, wieviel Geld ihr die vor vielen Jahren unternommene Reise zu ihren Verwandten gekostet, oder wie viele Leute es in einem gewissen Dorfe und dann in der ganzen Welt gebe. Bald muß sie sich einer Melodie erinnern, die sie vor längerer Zeit gehört, oder eines zufällig gehörten Wortes, das für sie absolut kein Interesse ausmacht. Bald muß sie sich Gedanken darüber machen, wie oft und wo sie den Arzt gesehen hat, von welchem Gouvernement er sei, woher er gekommen, wie die Oberwärterin nach Buraschewo gelangen konnte, ob sie verheiratet sei oder nicht usw. Bald stellt sie sich Fragen darüber, wo und wie ein Mädchen mit ihrem Geliebten, die sie zufällig vor längerer Zeit in der gleichen Wohnung zusammenleben sah, in ein intimes Verhältnis eintreten konnte; ob dieselben aus dem gleichen Gouvernement oder aus verschiedenen stammen, wo die Mutter des Mädchens wohne, ob die letztere allein oder mit ihrem Manne lebe. — Mit solchen Gedanken ist die Kranke den ganzen Tag beschäftigt, wegen derselben kann sie nachts nicht schlafen, trotzdem sie sich für alle diese Dinge gar nicht interessiert und die meisten davon zu ihr in keiner Beziehung stehen, und trotzdem sie weiß, daß dies alles Unsinn ist.

Es fehlt demnach der Zwangsvorstellung zum Unterschied von der normalen die Verbindung mit dem Gefühl: in das Bewußtsein tritt eine Vorstellung, an der das Individuum kein Interesse hat, und die es sogar für unsinnig hält. Ebenso existiert beim Zwangsdenken kein Interesse an einem Vorstellungszusammenhang, der ja gegen den Wunsch des Kranken stattfindet.

Wir gehen jetzt zu den Zwangshandlungen über. Nach *Wundt* beginnt normal die Willenshandlung mit einer Erregung des Gefühls. Das Gefühl sei kein Prozeß, der in der Wirklichkeit verschieden wäre vom Wollen, sondern nur ein Bestandteil des ganzen Willensprozesses. Es gebe einfache oder Triebhandlungen, bei denen das Gefühl fast unmittelbar zur Tätigkeit führe; bei ihnen wirke ein einzelnes Motiv, das einen starken Gefühlston besitze. Bei der zusammengesetzten oder willkürlichen Willenshandlung vergehe zwischen dem Gefühl und der Handlung ein größerer oder geringerer Zeitraum, während dessen ein Kampf zwischen

[1]) *Höffding*, Psychologische Essays. S. 106—107.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

den verschiedenen Motiven und eine Auswahl unter denselben stattfinde [1]).

In unserem zweiten Fall (S. N.) sehen wir eine ganze Reihe von Zwangshandlungen. Der Kranke muß so und sovielmal Papierchen zerreißen, Gras pflücken, Watte zupfen, Steinchen werfen, Zigarrenstümpfe sammeln, Stäubchen aufheben, überflüssiger Weise in den Hof oder auf die Straße gehen, alles, was in irgendeiner entfernten Verbindung miteinander steht, trennen usw. Und dies alles muß der Kranke tun, ohne daß er zu diesen Handlungen von einem Verlangen, einem Wunsch getrieben wird. So geht er in den Laden, um sich Brot zu kaufen, das er nötig hat; statt dessen kauft er gegen seinen Wunsch Zwieback, den er nicht gern hat und nicht ißt. Gegen seinen Wunsch muß er unsinnige Reden halten, sucht er eine Zeitungsnummer zu erlangen, in der er die Überschrift eines ihn gar nicht interessierenden Artikels gesehen hat, den er nicht einmal lesen wird, da er überhaupt aufgehört hat zu lesen.

Somit müssen wir für ein charakteristisches Merkmal der Zwangshandlung das Fehlen des zum Wollen anregenden Gefühls halten, während bei der normalen Willenshandlung, sei dieselbe impulsiv oder willkürlich, das vorhandene Gefühl als erregendes Moment dient. Der Kranke reißt Papierchen, pflückt Gras, macht verschiedene unsinnige Handlungen, nicht weil es ihm angenehm wäre, oder weil er davon etwas Angenehmes erwartet hätte, sondern die Handlung findet hier mechanisch, automatisch statt.

Deswegen irren *Magnan* u. a., wenn sie meinen, daß die Zwangshandlung und der Impuls gleiche Erscheinungen darstellen, denn der Impuls geht aus von einem Motiv, das einen starken Gefühlston besitzt, während bei der Zwangshandlung jedes Motiv fehlt.

Die Zwangshemmung stimmt mit der Zwangshandlnng insofern überein, als beide einer Gefühlsunterlage entbehren. So konnte der Kranke im zweiten Fall (S. N.) das zerrissene Kleid nicht flicken, ins Haus irgendeinen Gegenstand, z. B. Holz, nicht tragen, gewisse Worte nicht aussprechen, nicht lesen, schreiben, arbeiten, nicht weil er Abneigung, Widerwillen dagegen hatte, sondern es fand eine mechanische Unterdrückung der natürlichen Handlungen statt. Ebenso konnte im ersten Fall der Kranke (A. F.) eine Zeitlang nichts tun, nicht ins Geschäft gehen usw. usw., ohne daß ein Gefühlsmoment ihn am Handeln gehindert hätte.

Diese Zwangshemmungen ähneln dem katatonischen Negativismus oder einer depressiven Hemmung. Vom katatonischen Negativismus unterscheidet sich die Zwangshemmung dadurch, daß jene Erscheinung durch eine tiefe Störung der Affekte bedingt wird, indem die Gefühle so abgestumpft sind, daß sie keine Willenshandlung hervorrufen, während

[1]) *W Wundt*, Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele. 3. Aufl. 1897, S. 243—259.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

bei der Zwangshemmung der Wille automatisch gehemmt wird ohne jegliche Teilnahme seitens der Gefühle. Durch die Teilnahmlosigkeit seitens des Gefühlslebens unterscheidet sich auch die Zwangshemmung von der depressiven Hemmung, bei der ja die Angst, also ein starker Affekt, im Spiele ist.

Unter den Zwangszuständen müssen wir noch die Zwangsaffekte. wie z. B. die zwangmäßige Freude, die zwangmäßige Furcht, den zwangmäßigen Ärger usw. erwähnen.

Nach *Wundt* werden als Affekte die Gemütszustände bezeichnet, die mit der Verbindung der Vorstellungen im Bewußtsein zusammenhängen. Die Affekte unterscheiden sich von den Gefühlen insofern, als sich an ihnen Vorstellungsbewegungen sowie Reaktionen der Bewegungsorgane beteiligen. Die Gefühle werden nur dann bemerkbar, wenn sie in Affekte übergehen, die sich immer in bestimmten Ausdrucksbewegungen spiegeln. Wenn man den regelmäßigen Ablauf des Affektes beobachte, so stelle sich derselbe als in sich zusammenhängender Gefühlsverlauf heraus, der, indem der Vorstellungsverlauf geändert wird, das Mittelglied bildet zwischen Einzelgefühl und Willensvorgang [1]).

Wie auf die gewöhnlichen Affekte können wir auch auf die Zwangsaffekte aus den sich äußerlich zeigenden Ausdrucksbewegungen schließen. Als Beispiele können wir das Zwangslachen und Zwangsweinen im Falle II anführen. Wenn normal das Lachen und Weinen Folgen einer Gemütsbewegung sind, so sehen wir im Zwangslachen und Zwangsweinen das Fehlen jeder emotiven Grundlage; dieses Lachen resp. Weinen tritt auf nicht, weil das Individuum in einer freudigen oder traurigen Stimmung ist, sondern es lacht oder weint unter dem Einfluß irgendeines plötzlich aufgetretenen Gedankens, der zur Ausdrucksbewegung zwingt, obgleich der gemütliche Zustand diesem äußeren Verhalten gar nicht entspricht.

Es unterscheiden sich also die Zwangszustände (Vorstellungen, Vorstellungszusammenhänge, Handlungen, Hemmungen, Affekte) von den normalen Vorstellungen, Handlungen usw. durch das Fehlen des Gefühlsbestandteils, der in normalen Fällen darin enthalten ist. Wir meinen demnach, daß *Pitres, Régis* und andere Autoren irren, wenn sie das Gefühl als beständiges und notwendiges Element der Zwangsideen ansehen.

III.

Wie ist der Stand des Bewußtseins bei den Kranken, die an Zwangserscheinungen leiden? Einige Autoren, wie z. B. *Pitres* und *Régis*, meinen, daß das Bewußtsein bei ihnen in diesen Zu-

---

[1]) *W. Wundt*, l. c., S. 425—426.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständen gestört sein muß. Wenn man mit *Magnan, Friedmann* und anderen Forschern annimmt, daß bei den Kranken ein Kampf mit den sich aufdrängenden Ideen stattfindet, um sie los zu werden, so müßte zweifellos die dadurch entstandene Gemütsbewegung das Bewußtsein trüben. Wir sehen aber aus unseren Fällen, daß die Kranken jedem auftretendem Zwangsgedanken oder jedem aufgetretenen Antrieb zu einer Zwangshandlung ohne jeden Kampf unbedingt Folge leisten. Zwar sehen wir in den Fällen I und III, daß die Kranken sich vorher entschließen, gewisse Zwangshandlungen, wenn der Antrieb dazu auftreten sollte, nicht zu begehen resp. den Zwangsgedanken nicht nachzugrübeln; sobald sie aber auf einen gewissen Gegenstand oder eine Empfindung stoßen, so müssen sie den aufgetretenen Zwangszuständen nachgeben. Wenn z. B. der Kranke II ein Papierchen sieht, muß er es zerreißen; sieht er Gras, muß er dasselbe pflücken; sieht er Zigarrenstümpfe, muß er dieselben sammeln usw. Beim Anblick der Lampe muß die Kranke III grübeln, woraus das Lampenglas gemacht wird; beim Anblick eines Gemäldes in der Kirche muß sie nachdenken, wer das gezeichnet haben mag, wieviel Geld darauf verwendet werden mußte usw. So sagt der Kranke I, daß er zuweilen vor dem Auftreten einer Zwangsvorstellung den festen Entschluß gefaßt habe, derselben, falls sie auftreten sollte, zuwiderzuhandeln; sobald aber diese Vorstellung erscheine, trete kein Gedanke an Widerstreben auf. — Es findet also hier kein Kampf statt, sondern der Prozeß geht mechanisch vor sich, so daß das Bewußtsein ganz ungetrübt bleibt.

Ein weiteres wichtiges Merkmal der Zwangszustände ist das vorhandene Krankheitsbewußtsein, wodurch sich diese Erscheinungen von den Wahnideen, die z. B. bei den Paranoikern vorkommen, unterscheiden. Denn beim paranoischen Wahn bildet sich eine veränderte Weltanschauung, die dadurch entsteht, daß, wie *Störring* richtig bemerkt, beim Paranoiker unter dem Einfluß der Gefühle die Vorstellungen einseitig reproduziert und fixiert, die Wahrnehmungen verfälscht werden usw. Es erhält also das Selbstbewußtsein des Kranken eine gewisse einheitliche Richtung, aus der alle seine Handlungen und Ideen hervorgehen, die mit seiner ganzen Weltanschauung in Einklang stehen und mitein-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ander ein einheitliches festes Band bilden. Deswegen glauben auch die Paranoiker felsenfest an ihre Wahnideen. — Anders verhält es sich bei den Zwangszuständen, wo die Erscheinungen vom Kranken normal aufgefaßt, die Vorstellungen nicht verfälscht werden. Unser Kranker I z. B. sieht im Gras, im Papierchen usw. nichts Besonderes, Übernatürliches; er pflückt das Gras, geht in einer gewissen Richtung, trennt die miteinander vereinigten Gegenstände usw., nicht weil sich bei ihm eine gewisse Überzeugung gebildet hat, infolge deren er diese Handlungen begeht, sondern der Prozeß findet bei ihm mechanisch statt, ohne daß das Selbstbewußtsein des Kranken daran Anteil nimmt. — Infolgedessen können die aufgetretenen Ideen, Handlungen, Affekte usw. dem Kranken nicht anders erscheinen als fremdartig, unsinnig, absurd und krankhaft.

Aus dieser Krankheitseinsicht und Klarheit des Bewußtseins bei unseren Kranken erklärt sich auch der Umstand, daß solche Handlungen ausgeführt werden, die unschädlich sind; sobald gewisse Ideen einen schädlichen Charakter tragen, werden sie nicht begangen. So hatte z. B. unser Kranker II den Gedanken, die Betten umzuwerfen, Bilder zu zerreißen, Blumentöpfe zu zerstören, etwas zu zerbrechen, jemanden zu schlagen usw., tat aber nichts Derartiges, sondern suchte diese Ideen zu verdrängen, indem er auf andere Gedanken ablenkte oder zu beten anfing usw.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, können wir uns keinesfalls mit *Friedmann* einverstanden erklären, der meint, daß die Zwangsidee zur gleichen Gruppe gehöre, wie die Wahnidee, und daß die erstere in die letztere übergehen könne. *Friedmann* glaubt nämlich, daß das Bewußtsein des Krankhaften im Stadium der weiteren Entwicklung verschwinde, die Idee in den Augen des Kranken eine Realität erlange und somit zur Wahnidee werde. Als Beweis führt er folgendes Beispiel an: — Bei einer Patientin sei auf einem Ball plötzlich der Gedanke aufgetreten, der Mann werde ihr untreu, habe ein Verhältnis mit einer Freundin, mit der er gerade tanzte. Seit dieser Zeit habe sie angefangen ihrem Mann jeden Tag Eifersuchtsszenen zu machen. Es seien jedoch Momente gewesen, daß sie beim Auftreten der Eifersucht das Bedürfnis gefühlt habe, daß ihre Verdächtigungen widerlegt würden, und gerne Gegenbeweise gehört habe. Wenn aber die Paroxysmen sehr stark waren, so glaubte sie keinen Gegengründen. — Daraus zieht *Friedmann* den Schluß, daß die Zwangsidee in den Augen der Kranken zwar zur zweifellosen Tatsache


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werde, wenn dieselbe sehr intensiv sei; wenn aber die Idee weniger intensiv sei, so verbinde sie sich mit keiner Realitätsüberzeugung [1]).

Man kann jedoch in diesem Falle kaum von einer Zwangsvorstellung sprechen, denn die Idee war von Anfang an im Sinne des Mißtrauensaffektes verfälscht, und die Kranke glaubte an deren Realität, freilich in minderem Grade, auch dann, wenn die Idee weniger intensiv war. Hier liegt nur ein gradueller Unterschied vor. Bei der Zwangsidee aber würde die Kranke vielleicht endlos darüber grübeln, aber trotzdem zur gleichen Zeit von der Absurdität ihrer Gedanken überzeugt sein und also keiner Gegengründe zur Widerlegung bedürfen. Eher haben wir es im *Friedmann*schen Fall mit einer einzelnen fixen resp. Wahnidee zu tun, die im Anfangsstadium ihrer Entwicklung sich befindet, im Bewußtsein der Kranken sich noch nicht gehörig festsetzen konnte und deswegen zeitweise mehr, zeitweise weniger glaubwürdig erscheint. Die Wahnidee wird erst bei ihrer späteren Entwicklung ganz unkorrigierbar.

In unseren Fällen sehen wir, daß trotz dem langjährigen Bestehen von Zwangsideen dieselben nicht in Wahnideen übergegangen sind (so dauern die Zwangserscheinungen im ersten Fall 40 Jahre lang, im zweiten 25 oder sogar 30 Jahre, im dritten Fall mindestens 12 Jahre; die zwei letzten Fälle stellen Phobien und keine eigentlichen Zwangsvorstellungen dar). Die Entwicklung bestand bei den Zwangsideen darin, daß eine Idee zur anderen führte und der Kreis sich immer mehr ausdehnte. Die Entwicklung ging aber nicht so vor sich, daß die Idee selber andere Form annahm und schließlich mit ihrem Inhalt dem Bewußtsein einverleibt wurde, d. h. mit anderen Worten, die Zahl der Zwangsideen ist mit der Zeit immer größer, die Zwangsidee aber selber nicht zur Wahnidee geworden.

Das gleiche gilt auch für die melancholischen Wahnideen. Es haben nämlich einige Autoren den Übergang der Zwangsvorstellungen in eine Melancholie gesehen, und in neuester Zeit hat *Fauser* auf dem Stuttgarter Kongreß der Naturforscher und Ärzte im September 1906 die Ansicht ausgesprochen, daß die Zwangsideen eine wichtige Übergangsetappe in der Entwicklung der melancholischen Wahnvorstellungnn darstellen; auch gebe es eine rudimentäre Melancholie, die im Stadium der Zwangsvorstellungen verbleibe [2]).

[1]) Zitiert nach *Störrings* Psychopathologie.

[2]) Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 20 S. 962—963.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir auch nicht bestreiten wollen (wir können es allerdings auch nicht behaupten), daß bei der Melancholie möglicherweise episodisch Zwangsvorstellungen vorkommen können, so können wir doch durchaus damit nicht einverstanden sein, die Zwangsideen unter der Gruppe der depressiven Psychosen unterzubringen. Wir sehen zwar in beiden Fällen eine Angst auftreten; die Analogie ist hier aber eine rein äußerliche, denn bei der Melancholie ist der Inhalt der Wahnidee, an den die Kranken glauben, an und für sich abschreckend und beängstigend; bei den Zwangsideen aber glauben die Kranken an den Inhalt derselben gar nicht; im Gegenteil, sie sind überzeugt vom Unsinn derselben; was sie aber quält und sie in einen peinigenden Zustand bringt, ist der Umstand, daß sie diesen Unsinn endlos denken müssen. Was aber den Übergang der Zwangsideen in die melancholischen Wahnideen anlangt, so gilt für sie das gleiche, was wir für die paranoischen Wahnideen angegeben haben.

Näher als die Wahnideen stehen den Zwangsideen die sogenannten „autochthonen Ideen" und die „überwertigen Ideen" von *Wernicke*[1]). Dieser Forscher unterscheidet die autochthonen Ideen von den Zwangsideen dadurch, daß die ersteren dem Kranken von außen aufgedrungen werden und demselben als fremdartiges Element erscheinen, während die letzteren von innen aufgezwungen werden. Wenn dem so wäre, so ständen diese zwei Erscheinungen zweifellos einander sehr nahe. Aber existiert denn wirklich unter ihnen eine so nahe Verwandtschaft? Wir müssen uns zuerst erklären, was stellen eigentlich die autochthonen Ideen dar? Aus den Beispielen *Wernickes* ersehen wir, daß es „eingegebene", „gemachte" Gedanken seien, die der Kranke z. B. so ausdrücke, daß er schon mehrmals im Jenseits in der Gestalt Wotans, Albrechts des Bären usw. gewesen wäre. Bei solchen Kranken werden die frommen Gedanken von Gott, die bösen vom Teufel eingegeben usw. — Aus diesen Beispielen ist zu sehen, daß die „autochthonen Ideen" falsche Urteile darstellen, an die die Kranken unbedingt glauben, wenn sie auch nicht verstehen können, wie sie zu diesem Glauben gekommen sind, infolgedessen ihnen diese

1) *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900, S. 108—155.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gedanken auch fremdartig erscheinen. Jedenfalls können diese Ideen nichts Gemeinsames haben mit den Zwangsvorstellungen, die mit keinem Glauben an ihre Realität verbunden sind. Man kann die „autochthonen Ideen“ eher mit den Wahnvorstellungen vergleichen, da die beiden falsche Urteile darstellen mit dem Unterschiede, daß die ersten dem Kranken fremdartig und von außen kommend (Gott, Teufel) erscheinen, während die letzteren dem Kranken nicht fremdartig vorkommen. Und das kommt daher, weil die autochthonen Ideen im Anfang der Entwicklung des Wahnsystems sich bilden, und in diesem Stadium treten massenhafte Ideen bei dem Kranken zusammenhanglos auf, die noch nicht zu einer Verbindung untereinander gekommen sind und sich mit dem übrigen Bewußtseinsinhalt noch nicht assimilieren konnten. Dagegen können die bereits zu einem System fertig gebildeten Wahnideen dem Kranken nicht fremdartig erscheinen, weil sie mit dem übrigen Bewußtseinsinhalt in Einklang stehen.

Bei der „überwertigen Idee“ tritt auch irgendeine Vorstellung in den Vordergrund des Bewußtseins, aber diese Vorstellung wird zum Unterschiede von der Zwangsidee als berechtigt empfunden und gehört also eher in das Gebiet der Wahnideen. Es ist also eine meist falsche Idee, an die der Kranke glaubt, während er in allen übrigen Beziehungen keine erheblichen Abweichungen von der Norm zu zeigen braucht. Diese Ideen können den Kern zu einem Wahnsystem abgeben, können auch isoliert bleiben oder mit der Zeit ganz verschwinden. Also liegt der Unterschied zwischen der „überwertigen Idee“ und der Zwangsvorstellung darin, daß bei der ersten die Vorstellung übermäßig gefühlsbetont ist und beim Kranken die Überzeugung von deren Realität existiert, während im letzteren Falle die Vorstellung nicht gefühlsbetont und mit keinem Glauben an ihre Realität verbunden ist.

IV.

Als wichtiges Merkmal dieser Erscheinungen dient noch der **Zwang**, der diese Kranken beherrscht, worunter aber die verschiedenen Autoren Verschiedenes verstehen. Einige zählen hierher alle Gedanken und Handlungen, die unter dem Einfluß irgend-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines Zwanges stattfinden, so daß *Magnan* und die meisten anderen französischen Irrenärzte zu den Zwangszuständen solche Erscheinungen rechnen, wie z. B. die Impulse, schon nicht zu sprechen von den Phobien; bei *Pitres* und *Régis* ist die Zwangsvorstellung nur eine schwerere und intellektuelle Form der Phobie. Andere sprechen von melancholischen, paranoischen Zwangsideen. Um diese Verwirrung zu vermeiden, schlugen *Bumke* u. a. vor, nur solche Erscheinungen als Zwangszustände anzuerkennen, die auf einem subjektiven Zwang beruhen, und dieselben streng von den Zuständen zu trennen, die, wie z. B. die halluzinatorischen, wahnhaften oder impulsiven, als Folge eines objektiven Zwanges auftreten. Wir müssen anerkennen, daß in dieser Begriffsbestimmung das Richtige getroffen ist, und daß damit diese Zustände streng begrenzt sind. Nur würden wir die Unterscheidung zwischen „subjektiv“ und „objektiv“ lieber vermeiden, denn sie könnte wiederum zu Mißverständnissen führen, da jeder Zwang schon voraussetzt, daß das Individuum, das demselben unterliegt, als Objekt dient. Wir würden deswegen lieber die empirische Formulierung *Kraepelins* vorziehen, daß bei den Zwangserscheinungen der Kranke selbst empfindet, daß er gezwungen ist, in gewisser Weise zu handeln oder zu denken, während in anderen Fällen das Individuum diesen Zwang nicht empfindet, obgleich derselbe auch vorhanden ist.

Es fragt sich nun, woher das Zwangsgefühl beim Kranken kommt? Der Kranke, der unter dem Einfluß der Halluzinationen steht, kann den Zwang nicht fühlen, weil er von der Realität dessen, was sich ihm vorstellt, überzeugt ist; er wird ebensowenig den Zwang empfinden, wie der gesunde Mensch, der auch meint, frei zu handeln. Beim Paranoiker fehlt auch das Zwangsgefühl, denn alle seine Gedanken und Handlungen gehen aus seiner einheitlichen Weltanschauung hervor. Anders liegt die Sache bei den Zwangszuständen. Wie wir sahen, ist das charakteristischste Merkmal des Zwangszustandes das Fehlen des emotiven Bestandteiles, und darin sehen wir eben die Wurzel des Zwangsgefühles. Nach *Höffding* äußert sich die Natur des Ich in der Verbindung der Empfindungen, Vorstellungen und Gefühle; das Gefühl aber habe für das Ich mehr Bedeutung, als die Empfindung und Vor-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellung; das Lebensgefühl mit seinen Stimmungen bilde den wichtigsten Untergrund, der bei unserem realen Selbstbewußtsein eine größere Rolle spiele, als irgend welche Vorstellung oder Gedanken[1]). Hiernach sind für das Selbstbewußtsein hauptsächlich die Gefühle bestimmend. Weil aber bei der Zwangsvorstellung das Gefühl, das Interesse fehlt, das wir unserem Selbstbewußtsein, unserem Ich zuschreiben, während diese Vorstellung nichtsdestoweniger mit einer gewissen Energie ins Bewußtsein eindringt, so scheint es, als ob dieselbe gegen unseren Wunsch, gegen unser Ich auftrete, als ob sie sich als irgend etwas Fremdartiges uns aufzwänge. Es entsteht dadurch ein innerer Zwiespalt. Wir sehen es ja ganz deutlich in unserem zweiten Fall, wo der Kranke (S. N.) sagt, es komme ihm vor, als ob er aus zwei Personen bestehe. Dieser innere Zwiespalt ist es nun, der als Gefühl der Unfreiheit, des Zwanges vom Kranken empfunden wird.

V.

Wir gehen jetzt zu den Phobien über, die von den meisten Autoren zu den Zwangszuständen gerechnet werden. Wir haben hier zwei Fälle von Phobien bei Psychopathen (im Falle IV und V) dargestellt, und wir könnten eine ganze Reihe von solchen Fällen vorführen, da die Phobien als eine ganz gewöhnliche Erscheinung bei Psychopathen und Alkoholikern anzutreffen sind. Wir wollen uns aber mit zweien begnügen, um die Arbeit nicht zu sehr auszudehnen.

Im Falle IV sehen wir, daß, nachdem der Kranke nach einer starken Überanstrengung einen Ohnmachtsanfall hatte, ihn öfters Angstanfälle heimzusuchen begannen. Er fürchtet allein im Zimmer zu schlafen, allein abends in den Hof hinauszugehen, aus Angst, es könnte ihm etwas Schlimmes passieren. Interessant ist in dieser Beziehung sein Verhalten, als er abends 2 Werst von der Bahnstation nach Hause zu Fuß zurückkehren wollte. Anfangs wollte er diese kurze Strecke zu Fuß gehen, dann aber trat der Gedanke auf, er könnte im Schnee umfallen und erfrieren, da er ringsum niemanden sah, der ihm helfen könnte. Es überfiel ihn eine solche Angst, daß er auf die Station zurückkehte und einen Fuhrmann bestellte; erst dann beruhigte er sich. — Er hat auch Höhenangst, Furcht vor Leichen, vor scharfen Instrumenten.

[1]) *Höffding*, Psychologische Essays, S. 156—158.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Falle V hat eine Mastitis die Kranke in Verzweiflung gebracht. Sie erinnerte sich, daß bei ihrer Freundin infolge einer Mastitis sich ein Krebs gebildet hatte, und daß die Freundin während der Eiteransammlung in der Brustdrüse die Empfindung hatte, als ob eine Maus an ihrem Körper herumlaufe. Diese beständigen Gedanken und die Furcht, daß bei ihr ein Krebs entstehen könnte, ließen bei ihr die Seitenassoziation von der Maus aufkommen, und nun begannen bei ihr Angstanfälle, während deren es ihr schien, daß auf ihrem Körper eine Maus laufe; sie glaubte in diesen Momenten fest daran, denn sie kleidete sich nackt aus und suchte die Maus, bat auch ihre Angehörigen, dieselbe zu suchen. Nach den Paroxysmen wunderte sie sich, daß sie daran glauben konnte.

Wir sehen hier also eine Reihe von Phobien, Angstanfällen, während deren bei den Kranken der Gedanke auftritt, daß sie sterben, im Schnee erfrieren könnten, daß auf ihrem Körper Mäuse herumlaufen; wir kennen ferner den Fall eines Psychopathen, der vor sich den Tod sah und vor ihm in schrecklicher Angst in eine andere Stadt fliehen mußte; noch andere haben Furcht vor Leichen, so daß sie bei deren Anblick in Ohnmacht fallen; andere überfällt beim Passieren einer Brücke die Angst, sie könnten ins Wasser herunterfallen, oder, wenn sie sich auf einer Höhe befinden, fürchten sie, daß sie herunterstürzen könnten usw.

Sind nun diese Erscheinungen zu den Zwangszuständen zu rechnen, wie *Magnan, Pitres, Régis* und eine ganze Reihe anderer Autoren meinen? Wir müssen das unbedingt verneinen.

Die Phobie unterscheidet sich vom Zwangszustand durch folgende Momente: Es ist 1. in ihr das affektive Element enthalten, und zwar ein stark ausgesprochenes (eine starke Angst), während bei dem Zwangszustand der Affekt fehlt; 2. ist das Bewußtsein während des Angstanfalles (der Phobie) mehr oder weniger getrübt, während im Zwangszustand dasselbe klar ist; 3. glaubt der Kranke während des Angstanfalles unbedingt an das, was er infolge der Angst sich einbildet, während bei der Zwangsvorstellung der Kranke Krankheitseinsicht hat; 4. fehlt beim Kranken während des Angstanfalles das Zwangsgefühl, denn alle seine ängstlichen Ideen gehen aus seinem ganzen Angstzustand, in dem er sich befindet, hervor, während bei der Zwangsvorstellung der Kranke einen Zwang empfindet.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daraus ersehen wir, daß die Phobien mit den Zwangszuständen nichts Gemeinsames haben, und müssen deswegen die Ansicht von *Pitres* und *Régis,* die „obsession“ sei eine systematisierte Phobie, als eine unrichtige bezeichnen. Die Zwangsideen sind psychopathologische Elemente, wie die Wahnideen, Halluzinationen u. dgl.; während die Phobie eine Art von Dämmerzustand darstellt, bei welcher ein heftiger Affekt (Angstaffekt) eine Bewußtseinstrübung erzeugt, die das Auftreten von verschiedenen Wahnideen während dieses Zeitraumes begünstigt. Es müssen somit Phobien, die hauptsächlich bei Psychopathen vorkommen, mit den Dämmerzuständen bei den Epileptikern und Hysterikern verglichen werden, von denen sie sich durch weniger starke Herabsetzung der Klarheit des Bewußtseins unterscheiden.

Damit wollen wir allerdings nicht sagen, daß es keine Zwangszustände gibt, die man als Zwangsbefürchtungen auffassen könnte; aber diese müssen affektlos verlaufen und dürfen sich höchstens äußerlich durch gewisse Ausdrucksbewegungen, die sonst einen Affekt begleiten, kundgeben. Sie sind im allgemeinen zu den Zwangsaffekten zu rechnen, kommen aber auch in Form von Zwangshemmungen vor. So sehen wir in unserem ersten Fall eine ganze Anzahl derartiger Zwangshemmungen. Wenn die Zwangsbefürchtungen äußerlich auch außerordentlich ähnlich den Phobien aussehen, so tragen sie doch einen ganz anderen Charakter. Nehmen wir z. B. die Furcht vor Leichen. Während bei einer echten Phobie die Furcht vor Leichen sich bei den Kranken ausdrückt in der physischen Unmöglichkeit, dieselben zu betrachten, so daß sie bei deren Anblick, wie bereits gesagt, in Ohnmacht fallen, existiert in unserem ersten Fall (d. h. bei der Zwangsbefürchtung) die Angst in solcher Form gar nicht; der Kranke fürchtet nicht die Toten, sondern die Begegnung derselben gilt ihm als schlimme Vorbedeutung, und wegen dieses „krankhaften Vorurteils“ vermeidet er dieselben.

VI.

Wir wollen jetzt die **Entstehung der Zwangserscheinungen** zu erklären suchen. — *Freud* hat die Hypothese aufgestellt, daß die Zwangsvorstellungen jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe seien, die sich immer


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf eine mit Lust ausgeführte Aktion der Kinderzeit beziehen; sie seien überhaupt nichts anderes, als verwandelte Erinnerungen und Bilder bedeutungsvoller Erlebnisse. *Freud* erklärt die Entstehung der Zwangsvorstellungskrankheit dadurch, daß das Individuum, das mit einer solchen aus der Kinderzeit herkommenden unangenehmen Erinnerung behaftet sei, das Bestreben habe, die unverträgliche Vorstellung unschädlich zu machen, und dies geschehe dadurch, daß eine Trennung des Affektes von dieser unerträglichen Vorstellung vorgenommen werde; dadurch werde diese Vorstellung geschwächt; der nun frei gewordene Affekt aber hänge sich an andere, an sich nicht unverträgliche Vorstellungen, die aber durch diese „falsche Verknüpfung" zwangartig werden. — Die meisten Zwangsvorstellungen entwickeln sich nach *Freud* so, daß eine angstneurotische Phobie durch eine andere substituiert werde, und zwar werden zur Substitution am häufigsten die Schutzmaßregeln benutzt, die ursprünglich zur Bekämpfung der Phobie gebraucht worden seien[1]).

Es liegt unzweifelhaft in dieser Hypothese ein wahrer Kern, der darin besteht, daß der Affekt den Anstoß zu einem Zwangszustand gibt. Wir können uns aber damit nicht einverstanden erklären, daß der Affekt in der Zwangsvorstellung schon drinstecke in der Form eines Vorwurfs, denn, wie wir aus unseren Krankengeschichten sahen, laufen die Zwangsvorgänge ganz automatisch ab und sind eben durch ihre Affektlosigkeit charakterisiert. Was das Peinigende und das Quälerische an diesem Prozeß anlangt, so deutet es nicht, wie *Warda* meint, auf ein „verstecktes und verdrängtes Schuldbewußtsein" hin, sondern liegt einfach daran, daß die Vorstellungen trotz der guten Einsicht des Kranken in das Sinnlose des Vorganges dennoch immer und immer wiederkehren.

Aber das ist nicht das Charakteristische an der *Freud*schen Theorie; es haben ja auch andere Autoren diese Ansicht verfochten. Das Kennzeichnende und Spezifische an dieser Hypothese liegt darin, daß *Freud* den Ursprung der Zwangsvorstellungen, ähnlich wie bei der Hysterie, in einer peinlichen Erinnerung an

---

[1]) Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Zentralbl. 1894.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine sexuelle, in der Kinderzeit ausgeführte Aktion sieht, die dann verdrängt und durch eine angenehmere ersetzt worden sei. Diese Zurückführung der Zwangsvorstellungen auf ein sexuelles Trauma in der Kinderzeit schien selbst seinen Anhängern zu weitgehend, und *Warda* z. B. hat dieselbe insofern abgeschwächt, als er die Entstehung der Zwangsvorstellungen aus einem beliebigen psychischen Trauma aus der frühesten Jugendzeit ableitete, das „mit Selbstvorwürfen verbunden und durch Ersatzsymptome verdrängt“ sei. Aber auch in dieser allgemeineren Fassung kann jene Ansicht nicht befriedigen.

Erstens können wir uns schwer denken, daß eine Vorstellung, noch dazu eine ersetzte, oder ein Affekt, die aus längst vergangenen Zeiten (aus der Kinderzeit) stammen, im ganzen späteren Geistesleben des Individuums ungeschwächt erhalten bleiben. Aus der Psychologie und aus der allgemeinen Erfahrung wissen wir im Gegenteil, daß die Vorstellung und das Gefühlselement, mit dem dieselbe verbunden war, mit der Zeit abblaßt, und daß demgemäß die Erinnerung an ein Geschehnis desto schwächer gefühlsbetont zu sein pflegt, je weiter es zeitlich von uns entfernt ist.

Freud sagt dann, daß ein Affekt sich von einer unangenehmen Vorstellung trenne und sich an eine andere weniger unverträgliche Vorstellung herandränge. Wollten wir aber wirklich, um die Entstehung der Zwangsvorstellung zu erklären, eine derartige Wanderung des Gefühlselementes als möglich zugeben, was hätte das Individuum mit dieser „falschen Verknüpfung“ gewonnen? Es hätte nur statt der einen unverträglichen Verknüpfung eine andere unverträgliche Verknüpfung eingetauscht, da der Affekt ja mitgewandert wäre.

Doch gehen wir vom Allgemeinen zum Besonderen über. Nach *Freud* entwickelt sich eine Zwangsvorstellung in vielen Fällen so, daß eine angstneurotische Phobie durch eine andere substituiert wird, und zwar werden zur Substitution diejenigen Schutzmaßregeln benutzt, die ursprünglich zur Bekämpfung der Phobie gebraucht worden sind.

Daß gewisse Schutzbewegungen oder gewisse Manipulationen dazu dienen, um eine aufgetretene ängstliche Vorstellung zu verdrängen, steht außer Zweifel. So sehen wir im Fall I, daß der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranke, wenn er infolge eines Zwangsvorganges nicht weiter gehen konnte, zu schreien begann; dann konnte er weiter gehen. Im Falle II wußte der Kranke Zwangserscheinungen, die zu schädlichen Handlungen führen konnten, dadurch zu unterdrücken, daß er zu beten begann. Im Falle III konnte die Kranke, um die Grübeleien los zu werden, durch gewisse Spitzfindigkeiten den Gedanken ein Ende machen. Nur können wir in diesen Schutzmaßregeln durchaus keine Zwangserscheinungen erblicken; sie treten im Gegenteil als Abwehr gegen die Zwangszustände auf. So wird im ersten Fall durch eine Abwehrmaßregel (Schreien) eine Zwangshemmung (Unfähigkeit, weiter zu gehen) gelöst. Im zweiten Fall hemmt eine Schutzhandlung (Beten) den Antrieb zu einer gefährlichen Zwangshandlung. Im dritten Fall stellten sich Abwehrgedanken ein gegen die Grübelsucht, also wiederum gegen einen Zwangsvorgang.

Wir wollen nicht in Abrede stellen, daß diese Abwehrbewegungen in manchen Fällen zu Zwangszuständen führen können, nur können wir erstens darin nicht den Hauptgrund des Auftretens der Zwangserscheinungen erblicken, da es noch verschiedene andere Wege gibt, wie wir bald sehen werden, die bei einer vorhandenen Disposition zu Zwangszuständen führen können. Zweitens würde diese Erklärung der Entstehung der Zwangserscheinungen nicht für, sondern gegen die Theorie *Freud*s sprechen. Nehmen wir z. B. an, es trete bei jemandem die Angst auf, ihm könne das Bein abhanden kommen, wenn er es auf eine gewisse Stelle, z. B. auf einen Stein, hinstelle. Als Schutzmaßregel mache er statt eines drei Schritte. Sollte nun später das „drei Schritte machen“ zur Zwangshandlung werden, so haftet doch dieser mechanischen Bewegung kein Affekt an, wie er der ersten Vorstellung (das Bein könnte abhanden kommen) zugrunde lag, man kann also in jenem Vorgang nicht die Verdrängung des Affektes von einer Vorstellung auf die andere sehen. — Sollte aber diese Bewegung keine mechanische sein, sondern mit dem Affekt verbunden bleiben, der sie zuerst veranlaßte, so ist es keine Zwangshandlung, sondern bleibt Abwehrbewegung gegen eine Phobie, wie uns solche in unseren zwei letzten Fällen genug entgegentreten.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine andere Theorie stellt *Friedmann* auf, der als das Primäre bei den Zwangsvorstellungen „die Schwäche der den Denkinhalt und die Handlungen beherrschenden und lenkenden Kräfte, der apperzeptiven Funktion ansieht. Trete nun hier eine aufregende abnorme Vorstellung oder ein solcher Impuls auf, oder mißlinge eine beabsichtigte Handlung, so fehle eben die geistige Kraft, um diese durch geeignete Reflexion oder durch Anspannung des Willens definitiv zu überwinden und zu erledigen. Jeder unabgeschlossene psychische Akt dränge sich, besonders wenn er aufregend wirke, von selbst immer wieder ins Bewußtsein. Die apperzeptive Kraft nehme nun nicht weiter zu, dagegen verstärke sich die ungebändigte Vorstellung jedesmal mehr und mehr, die Furcht vor ihr steigere sich, und eben dieses gefürchtete und nutzlose Kämpfen um das Hinausdrängen der Idee und um die Überwindung der Phobie werde als subjektiver Zwang empfunden." [1])

Friedmann spricht von Schwäche der apperzeptiven Funktion. Wenn das als Schwäche des Intellektes verstanden werden soll, so könnten wir dieser Ansicht nicht beistimmen, da keiner unserer Kranken in intellektueller Beziehung unter der Norm steht So hat in unserem ersten Fall der Kranke schon im Alter von 24 Jahren viele öffentliche Stellen bekleidet, war sogar Bankdirektor, und seine intellektuellen Kräfte sind noch jetzt, nachdem er wenigstens 40 Jahre lang krank ist und 22 Jahre lang in der Irrenanstalt sich befindet, wo seine Tätigkeit sehr eingeschränkt und einförmig ist, keineswegs abgeschwächt. Das gleiche ist in betreff der anderen Fälle zu sagen.

Wenn aber diese Apperzeptionsschwäche als Schwäche der Willensfunktion gedeutet werden soll — auch *Bumke* führt die Zwangszustände auf eine Störung des Willens und der Aufmerksamkeit zurück — so müssen wir zugeben, daß eine solche Störung wirklich zu sinnlosen Ideen und Handlungen führen kann. So sagt *Wundt*, der Wille sei „gleichzeitig tätige und hemmende Kraft; er begünstige die dem jeweils obwaltenden Interesse entsprechenden Vorstellungsverbindungen und hemme alle übrigen.

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906, S. 147—148.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Werde der Einfluß des Willens ausgeschaltet, so finde ein wirres Durcheinander der Vorstellungen statt. Wenn der Prozeß fortschreite, so engen sich mehr und mehr die Assoziationen auf wenige immer fester werdende Vorstellungen ein, die fort und fort wiederholt werden." [1])

Auf den ersten Blick hat es allerdings den Anschein, als ob bei den Zwangszuständen die Aufmerksamkeit abnorm funktioniert. So scheint in unseren Fällen die ganze Aufmerksamkeit der Kranken auf gewisse Orte, Gegenstände, Worte usw. gerichtet zu sein, während die anderen Gegenstände, Worte usw. gar nicht beachtet werden. Es entsteht nur die Frage, ob diese Erscheinung als Aufmerksamkeitsstörung aufzufassen ist? Nach unseren früheren Ausführungen ist eher anzunehmen, daß Vorstellungen hier über gewisse Dinge ganz mechanisch auftreten, ohne daß dabei die Aufmerksamkeit besonders in Anspruch genommen resp. geschwächt wird, so daß wir meinen, daß bei den Zwangszuständen die Aufmerksamkeit eine geringe Rolle spielt. Das gleiche ist zu sagen in betreff des Willens. Zu Zwangshandlungen oder -hemmungen kommt es, nicht weil bei den Kranken die Willensauslösung besonders erleichtert oder erschwert ist, sondern die Handlungen werden mechanisch vollzogen resp. unterdrückt, ohne daß die Willensfunktion gebraucht wird. — Es ist auch nicht schwer einzusehen, warum diese Funktionen nicht in Anspruch genommen werden. Der Wille kann nämlich nach *Wundt* aktiv oder hemmend sein, einige Vorstellungen begünstigen, die anderen, die nicht passen, hemmen, wenn einem Vorgang ein gewisses Gefühl, ein gewisses Interesse zugrunde liegt. Bei den Zwangszuständen aber fehlt das Interesse, das Gefühlsmoment; deswegen wird die apperzeptive Funktion, die den Denkinhalt und die Handlungen beherrscht und lenkt, wenig gebraucht werden und wird jedenfalls nicht als die primäre Ursache der Bildung von Zwangszuständen angesehen werden können.

Infolge der Schwäche der apperzeptiven Funktion soll nun nach *Friedmann* die geistige Kraft fehlen, beim Auftreten einer aufregenden abnormen Vorstellung diese durch geeignete Reflexion

[1]) *W. Wundt*, a. a. O. S. 364.

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

oder Willensanspannung zu überwinden und zu erledigen. Eine starke, aufregende Vorstellung scheint uns aber keineswegs eine so wichtige Rolle beim Zustandekommen der Zwangszustände zu spielen. So können wir uns z. B. gar nicht vorstellen, was dem Graspflücken, Wattezupfen, Zigarrenstümpfesammeln, dem Zerbrechen von Zündhölzchen usw. für eine aufregende Vorstellung zugrunde liegen sollte. Im dritten Falle könnten zwar der Geldverlust und der Abschied vom Kinde als solche aufregende Vorstellungen gelten. Aber diese Vorstellungen wirkten nur insofern, als sie die Kranke in einen gewissen Unlustzustand, in einen Affekt versetzten, der zur Entstehung von Zwangsideen überhaupt den Anstoß gab. Denn die Kranke grübelte nicht nur über das verlorene Geld und über das Kind, sondern über die allerverschiedensten ihr ganz indifferenten Personen, Gegenstände usw., die sie zufällig gesehen, oder über gleichgültige Worte, die sie zufällig gehört hatte, so daß bei den meisten Grübeleien an irgend welche aufregende Vorstellungen, die dieselben hätten auslösen können, gar nicht zu denken ist.

Friedmann erzählt weiter, wie der unabgeschlossene psychische Prozeß in das Bewußtsein einzudringen suche, was für ein Kampf um das Hinausdrängen der Idee und die Überwindung der Phobie stattfinde, und meint, daß dieses „gefürchtete und nutzlose" Kämpfen als subjektiver Zwang empfunden werde. Wie wir aber in dieser Arbeit mehrfach betont haben, findet bei den Zwangszuständen kein Kampf um das Hinausdrängen der Idee statt, so daß das subjektive Zwangsgefühl daraus nicht erklärt werden kann.

Friedmann legt überhaupt viel Wert auf die Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses bei der Bildung von Zwangszuständen. Aber wenigstens bei den Zwangshandlungen kann diese Theorie nicht anwendbar sein, da man bei ihnen eine Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses gar nicht sehen kann. Eher könnte man an einen solchen Prozeß denken beim Zwangsdenken, wie in unserem dritten Fall. Wenn die Kranke über einen gewissen Gegenstand nachdenkt, so muß sie sich ihn genau in allen seinen Lagen und Einzelheiten so lange vorstellen, bis sie sicher ist, daß sie alles darüber ins Gedächtnis zurückgerufen hat: wenn sie an das Geld denkt, muß sie es bis zur letzten


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kopeke ausrechnen; der Grübeleien über das Kind hat es bei ihr fast kein Ende usw. Hier ist wirklich eine Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses und das Streben bemerkbar, ihn abzuschließen. Sobald die Kranke irgendeinen Gedanken abschließt, wird es ihr leichter, und sie beruhigt sich, und da sie aus Erfahrung weiß, daß dieses Erledigen des Denkprozesses ihr Beruhigung schafft und sie nachts einschlafen kann, so sucht sie ihn auf künstlichem Wege abzuschließen. Wenn ihr z. B. beim endlosen Rechnen 20 Kopeken fehlen, so sucht sie etwas zu erfinden, worauf sie dieses Geld habe verwenden können, wenn sie auch weiß, daß es unrichtig ist. In betreff der Grübeleien über den Arzt erdenkt sie sich wiederum, um die endlosen Gedanken über ihn abzuschließen, Gouvernement und Bezirk, aus denen er stammen könnte usw. In bezug auf das Kind schließt sie mit dem Gedanken ab, sie werde, sobald sie aus der Anstalt austrete, es besuchen und mit sich nach Hause nehmen. Das bringt ihr Beruhigung, und sie schläft nachts ein. Oft aber fällt ihr, wenn sie z. B. die Grübeleien über das Kind abgeschlossen hat, plötzlich ein, das Kind könnte inzwischen vor Hunger, Krankheit usw. sterben, und dann fangen die endlosen Grübeleien von neuem an. Oder es steigen, wenn sie den Gedanken über einen Gegenstand abgeschlossen hat, Grübeleien über andere Dinge bei ihr empor. — Endlich ist charakteristisch, daß die Kranke ihre Gedanken nur dann abschließen kann, wenn sie sich in verhältnismäßig ruhigem Zustand befindet; in der Erregung kann sie ihre Gedanken gar nicht abschließen; sie geht vielmehr von einem unabgeschlossenen Gedanken auf den anderen, dritten, vierten usw. über, ohne irgendeinen zu Ende zu führen, so daß sie alle unabgeschlossen bleiben.

Nach alledem scheint uns beim Zwangsdenken die Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses weniger wichtig, als der Umstand, daß dieser Vorgang immer und immer wieder erneuert werden muß. Wie bei den Zwangshandlungen jeder Gegenstand, z. B. die Watte, das Gras, Zigarrenstümpfe usw. die Vorstellung auslöst, gewisse Handlungen zu begehen, trotzdem beim Kranken mit denselben kein Lustgefühl verbunden ist, ebenso kann auch beim Zwangsdenken der Anblick irgendeines Gegenstandes, wie


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Lampe, eines Tisches, eines Gemäldes, eines Menschen usw., endlose Grübeleien über denselben hervorrufen, trotzdem der Kranke sich zu ihnen ganz indifferent verhält. Und wie dort eine gewisse Handlung bis zu Ende ausgeführt, ein Gegenstand eine bestimmte Anzahl mal gezupft, gerissen, gesammelt werden muß, ebenso muß auch hier ein gewisser Vorstellungszusammenhang zu Ende gebracht werden.

Damit wollen wir allerdings nicht sagen, daß die Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses beim Zwangsdenken (Grübelsucht, Zweifelsucht) gar keine Rolle spiele. Es liegt nämlich im Charakter der Individuen, die an Zwangsdenken leiden, ursprünglich die Neigung zum Analysieren, das Streben, über alles bis zu den allergeringsten Details sich Rechenschaft zu geben, bis auf den tiefsten Grund der Dinge zu gehen. Dieser Umstand ist es eben, der die Unabgeschlossenheit des psychischen Prozesses hervorruft, so daß diese von der Schwäche der apperzeptiven Funktion gar nicht abhängt. Dazu kommt bei diesen Individuen die Neigung zum Zweifeln, zu den Kontrastassoziationen, was auch einen unbefriedigten Zustand hervorbringt. Aber dieser Zustand ist noch kein zwangmäßiger, denn es ist mit demselben ein Gefühl verbunden und mitunter ein recht starkes, nämlich das Streben, sich über etwas Rechenschaft zu geben oder aus einem ungewissen Zustand herauszutreten. Der Zustand wird erst nachher zwangmäßig, wenn diese Gedanken anfangen gegen den Wunsch des Kranken aufzutreten, wenn sie das emotive Element verlieren.

VII.

Es liegt also dem Auftreten von Zwangszuständen weder eine Störung des Intellektes, der Denkfunktion, noch eine Störung des Willens oder der Aufmerksamkeit zugrunde. Ferner macht das Fehlen des emotiven Elementes als eines Bestandteiles der Zwangserscheinungen deren notwendiges und hauptsächliches Merkmal aus. Wollen wir aber verfolgen, was den Anstoß zur Entwicklung dieser Erscheinungen gegeben hat, so müssen wir unbedingt den französischen Autoren recht geben, die meinen, daß der Affekt in dieser Beziehung die Hauptrolle spielt. Um Mißverständnissen vorzubeugen, wollen wir von [illegible]rein


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagen, daß, solange die Teilnahme des Affektes an dem Zustand merklich ist, die Erscheinung noch nicht als Zwangserscheinung angesehen werden kann; sie wird erst später zwangmäßig, wenn sie das emotive Element verliert. Daß die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen in einem Abhängigkeitsverhältnis von dem emotiven Zustand des Kranken stehen, sieht man daraus, daß sie auftreten oder zunehmen nach starken Gemütsbewegungen oder Krankheiten. So sehen wir in unserem ersten Fall die Ideen zum erstenmal auftreten im 12jährigen Alter nach dem Tode des Vaters; nachdem sie dann eine Zeitlang den Kranken weniger geplagt haben, nehmen sie wieder zu, als er einen starken Vermögensverlust erlitten hat. Umgekehrt war der Kranke freier von seinen Zwangsideen und konnte gut arbeiten in den Zeiten, als er Ehren und Achtung genoß und sich überhaupt wohl fühlte. — Im zweiten Fall (S. N.) treten die Zwangsvorstellungen deutlich nach einem Typhus auf und nehmen zu nach einer schlecht zugebrachten Nacht, umgekehrt werden sie während eines ruhigen Zustandes schwächer. — Am deutlichsten können wir diese Abhängigkeit verfolgen in unserem dritten Fall (T. T.). Die Kranke operiert in ihren Gedanken mit großen Zahlen, sie rechnet zusammen, wieviel Geld sie seit ihrer frühesten Jugend bis zur letzten Zeit verdient, und wieviel sie während dieser Zeit ausgegeben hat. Sie muß jeden Tag immer von neuem das Rechnen anfangen, trotzdem sie es nicht will und dessen Unsinn einsieht. Es ist also in diesem Grübeln kein Gefühlselement enthalten. Wenn wir aber das Vorleben der Kranken verfolgen, so sehen wir, daß die Ursache des endlosen Rechnens darin liegt, daß sie vor 10 Jahren Geld verloren hat, und daß dieser Geldverlust auf sie einen so starken Eindruck gemacht hat, daß seit dieser Zeit bei ihr Zwangsideen auftraten. Die Ideen entwickelten sich dann bei ihr mehr und mehr. Zuerst dachte sie daran, wieviel Geld sie unmittelbar vor dem Verlust hatte, wieviel sie ausgegeben und wieviel Geld sie verloren haben könnte. Hierauf fing sie an zu rechnen, wieviel Geld sie seit ihrer Kindheit bis zur letzten Zeit verdient hätte usw., was für sie doch kein besonderes Interesse haben konnte. Dann trat bei ihr ein Erinnerungszwang auf an Namen, die ihr ganz gleichgültig waren, an Lagen von Per-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonen und Gegenständen, die sie vor längerer Zeit, unter Umständen vor Jahren, gesehen hatte. Es verwandelten sich also die ursprünglichen Gedanken über konkrete, sie interessierende Dinge nach und nach in endlose Grübeleien über Sachen und Personen, die ihr ganz gleichgültig waren.

Ein anderes Mal nahmen bei ihr die Zwangsideen zu, nachdem sie sich von ihrem Kind trennen mußte, was auf sie einen sehr starken Eindruck machte und zur Quelle der Bildung einer ganzen Reihe von Assoziationen wurde, die mit diesem Erlebnis in Verbindung standen. Sie dachte fortwährend nach, ob sie gut getan habe, sich vom Kinde zu trennen, ob es nicht besser wäre, das Kind zu besuchen und es nach Hause zu nehmen usw. usw. Es ist hieraus zu sehen, daß ein starker Affekt die Ursache bildete für das Auftreten endloser Grübeleien, die damals für sie eine Bedeutung und Interesse hatten. Aber später verliert sich auch hier das Gefühlselement. Sie fing z. B. an nachzudenken, woraus das Lampenglas gemacht wird, wer die Gemälde in der Anstaltskirche zeichnen konnte, wieviel Geld darauf verwendet werden mußte, wieso eine so kleine Gemeinde das nötige Geld aufbringen konnte. Sie mußte nachts nachgrübeln darüber, was sie des Tags getan, gesehen oder gehört hatte. So machte sie sich nachts viele Gedanken darüber, aus welchem Bezirk die zwei Kranken seien, die einen Tag vorher aus der Anstalt entlassen waren, und konnte deswegen nicht einschlafen, trotzdem die Frage, woher die Kranken, die sie gar nicht kannte, stammten, für sie kein Interesse hatte. Ebenso mußte sie, wenn sie in einem Zimmer war, später in Erinnerung bringen, ob der Tisch dort auf der rechten oder auf der linken Seite stand, wo das Bett sich befand usw. Interessant ist in dieser Beziehung der Umstand, daß sie sich Gedanken machen mußte über Dinge, die sie vor längerer Zeit gesehen hatte, als sie sich noch wohl fühlte, und denen sie damals keine Beachtung schenkte. So z. B. über das junge Mädchen und dessen Geliebten, die sie einige Wochen vor der letzten Exazerbation in einer Wohnung zusammenleben sah.

Also sehen wir hier bei den ausgesprochenen, entwickelten Zwangserscheinungen das Fehlen des emotiven Elementes, da-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegen zweifellos eine Beteiligung des Affektes am Ursprung dieser Zustände.

VIII.

So entsteht die Frage, wie durch einen Affekt ein Zwangszustand sich entwickeln kann? Bei Gesunden folgen den Affekten ja keine Zwangsideen; bei anderen Individuen entsteht danach ein paranoisches Wahnsystem, oder es bilden sich melancholische Wahnideen aus usw. Wir fragen uns deswegen, was müssen für Bedingungen vorliegen, damit durch Affekte Zwangszustände sich entwickeln können? Diese Bedingungen müssen wir im Charakter jener Kranken suchen.

Gannuschkin und *Suchanow* haben auch im Charakter der Individuen, die an Zwangsideen leiden, einen charakteristischen ängstlich-hypochondrischen Zug bemerkt, dem sie eine besondere Bedeutung für die Entstehung der Zwangsvorstellungen zuschreiben[1]).

Daß dieser ängstliche Zug bei unseren Kranken vorkommt und hier eine gewisse Rolle spielt, bestreiten wir durchaus nicht. Peinigende Vorstellungen können ja eher Boden fassen bei dieser ängstlich-hypochondrischen Charakterrichtung, welche wir übrigens noch viel häufiger bei Psychopathen sehen, die an Phobien und Hypochondrie leiden. Aber die weitere Entwicklung dieser von Gefühl begleiteten Vorstellungen zu echten, d. h. affektlosen, automatisch werdenden Zwangsvorstellungen kann jener ängstliche Zug allein durchaus nicht erklären. Es muß noch eine andere Charakterrichtung hinzutreten, damit die Zwangserscheinung zustande kommen kann, und diese entscheidende Charakterrichtung glauben wir im folgenden zu sehen:

Wenn wir unseren zweiten Fall nehmen, so merken wir im Kranken ein düsteres Temperament; es plagt ihn von Kindheit auf die Langeweile; er kann nicht verstehen, wie andere Leute sich freuen, lachen können; er verhält sich äußerst indifferent zu allen äußeren Eindrücken, zu allen menschlichen Freuden und Leiden; kein Mensch ist imstande, ihn zu erzürnen.

[1]) *P. B. Gannuschkin* und *S. A. Suchanow*, Zur Lehre von den Zwangsideen. *Korssakow*sches Journal für Neuropathol. u. Psych. 1902, Heft 3 u. 4, russ.

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diese Teilnahmlosigkeit zur Umgebung scheint uns viel dazu beizutragen, daß die durch Affekte aufgetretenen Ideen allmählich zwangmäßig werden; denn damit eine Vorstellung in Vergessenheit geraten kann, muß das Individuum andere starke Vorstellungen finden, die die erstere verdrängen. Solche Vorstellungen treten aber bei unseren Kranken nicht auf, da die Umgebung ihr Interesse nicht erregt, und so werden jene haften und sich wiederholen.

Außerdem ist dem Charakter dieser Kranken eine gewisse Trägheit eigen, ein Beharrungsvermögen, das sie an Vorstellungen haften läßt, die aus irgendwelchem Anlaß aufgetreten sind. Ebenso steht es mit den Handlungen. Wenn z. B. ein Kranker einen Zigarrenstumpf vielleicht aus Reinlichkeitsrücksichten oder dergleichen aufgehoben hat, so wird er nachher dazu neigen, beim Anblick von Zigarrenstümpfen dieselben immer wieder aufzulesen, auch ohne dabei einen Zweck im Auge zu haben. Oder, wenn der Kranke jemals aus irgendwelchem Zweck ein Papierchen zerrissen hat, so wird er, wenn er wieder ein Papierchen sieht, es auch ohne Grund zerreissen müssen.

Also werden bei solchen Kranken infolge der Teilnahmlosigkeit und hauptsächlich des Trägheitsmomentes (der vis inertiae ihres Charakters) die Vorstellungen und Handlungen, die ursprünglich von einem Interesse oder einem Wunsch begleitet waren, nachher gewohnheitmäßig, automatisch. Für den Kranken wird dies alles rasch zur Gewohnheit, die in seinem Leben die wichtigste, ja eine ganz übermäßige Rolle spielt, und die für seine Ruhe zur Notwendigkeit wird[1]).

Wieder andere Zwangserscheinungen können sich entwickeln aus unwillkürlichen, unbewußten Vorstellungen und Handlungen, die schon von Anfang an in der menschlichen Organisation vorhanden sind und von vornherein eines Gefühlselementes entbehren, die bei gesunden Menschen nur zu gewissen Zeiten, z. B. während der Untätigkeit, erscheinen und dann spurlos verschwinden, während

[1]) Wir kennen einige Personen, die nicht eigentlich krank zu nennen sind, und die, wenn sie eine Handlung begangen hatten, dieselbe dann fortsetzen mußten; diese Handlung oder Bewegung wurde ihnen zur Gewohnheit, von der sie nicht lassen konnten.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie beim Kranken infolge des Beharrungsmomentes im Charakter die Neigung haben sich zu wiederholen.

So spricht *Höffding* „von unbewußten, unwillkürlichen Handlungen, die, schon beim Kinde vorhanden, beim Erwachsenen nicht ganz verschwinden. Diese unwillkürlichen Bewegungsantriebe bewahren ihre Selbständigkeit eben auch dann noch, wenn das selbständige Denken die Oberhand gewonnen hat. Ebenso sei es mit unwillkürlichen Vorstellungen und Gemütsbewegungen. So treten z. B. beim gesunden Menschen plötzlich Antriebe auf, diesen oder jenen Gegenstand zu zerstören, eine ernste Rede zu unterbrechen oder überhaupt plötzlich etwas Unsinniges zu machen“ [1]).

Beim Zwangsdenken existiert, wie wir bereits erwähnt haben, im Charakter der Kranken eine Neigung zum Analysieren, mit dem aber ein starkes Gefühl verbunden ist. Dieses Denken verliert dann das emotive Element und wird zum Zwangsdenken wiederum infolge des trägen Charakterzuges, infolge der Schwierigkeit, aus dem Zustand des Nachdenkens herauszutreten, sobald dasselbe irgend einmal in Gang gesetzt wurde.

IX.

Wir gehen jetzt zur Betrachtung der klinischen Stellung der Zwangszustände über.

Westphal hielt die Zwangsvorstellungspsychose für eine ganz selbständige Krankheit, die den Menschen von seiner frühesten Jugend bis zum hohen Alter beherrsche, und grenzte sie streng ab von anderen Krankheitsformen. Er nannte sie „abortive Paranoia“ [2]).

Krafft-Ebing sagt, daß die Zwangsvorstellungen entweder als elementare Störung mit den verschiedensten psychischen und Nervenkrankheiten einhergehen (Melancholie, Paranoia, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie) oder als primäre Störung zu sekundären Anomalien des Fühlens und Handelns führen, so daß sie ein wahres Irresein in Zwangsvorstellungen darstellen [3]).

Emminghaus betrachtet diese Krankheit auch als eine Psychose sui generis [4]).

---

[1]) *Höffding*, Psychologische Essays, S. 393—399.
[2]) *Westphal*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV.
[3]) *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1903. S. 62.
[4]) *Emminghaus*, Psych. Störungen im Kindesalter.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. S. Korssakow spricht von Zwangserscheinungen, die bei einigen Kranken episodisch auftreten, und von einer echten Zwangsvorstellungspsychose [1]).

Mendel nennt diese Krankheit „rudimentäre Paranoia", die meistens im Alter von 20 bis 30 Jahren auftrete, aber auch manchmal im Kindesalter [2]).

Mercklin trennt Nervenkrankheiten mit episodischen Zwangsvorstellungen von einer echten Psychose mit Zwangsvorstellungen. In der ersten Gruppe treten Zwangsvorstellungen nur hie und da, episodisch, auf und bilden kein wesentliches Symptom. Bei den Kranken der zweiten Gruppe stehen die Zwangsideen im Vordergrund des Krankheitsbildes [3]).

Auf ganz anderem Standpunkte stehen die anderen Autoren.

Kraepelin betrachtet alle Fälle mit Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen unter dem gemeinsamen Namen des Zwangsirreseins, gleichzeitig aber behauptet er, daß eine strenge Scheidung dieser Krankheit von anderen eine nur scheinbare sei [4]).

Wille hält die Zwangsvorstellungen für ein Symptom und sieht in ihnen keine selbständige Krankheitsform [5]).

Jastrowitz behauptet, daß die Zwangsvorstellungen bei allen möglichen Krankheitsformen vorkommen [6]).

Schüle hält die Zwangsideen für eine Teilerscheinung des sogenannten „hereditären Irreseins" [7]).

Die meisten französischen Autoren sehen in den Zwangsideen nur ein Symptom. *Magnan* betrachtet sie als „Syndrom" der Entartung und stellt sie in eine Reihe mit den anderen Stigmata der Entartung [8]).

Wir sehen also in der Literatur zwei Strömungen. Während *Westphal*, *Mercklin* u. a. die Zwangsvorstellungen als besondere Krankheitsform hinstellen, sehen *Wille* u. a. in ihnen nur ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheiten vorkomme, und die französischen Autoren halten dieselben geradezu für ein psychisches Stigma der Entartung.

---

[1]) *S. S. Korssakow*, Lehrbuch der Psychiatrie, russ., 1901, Bd. II, S. 1021.

[2]) *Mendel*, Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie.

[3]) *Mercklin*, Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVII, S. 628.

[4]) *Kraepelin*, Psychiatrie 1904, Bd. II.

[5]) *Wille*, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psych. Bd. XII.

[6]) *Jastrowitz*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1881, S. 734.

[7]) *Schüle*, Klinische Psychiatrie. 1886.

[8]) *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von *Möbius*.

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wenn wir uns an unsere drei Fälle der echten Zwangsvorstellungen wenden, so sehen wir, daß sich die Krankheit im ersten Fall schon im frühesten Kindesalter (im 9. Jahre), im zweiten Falle im 15. Jahre, im dritten Falle zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre entwickelt hat, und zwar in der Form von Zwangserscheinungen (Vorstellungen, Vorstellungszusammenhänge, Handlungen, Hemmungen), die das ganze Krankheitsbild beherrschen und als roter Faden durch das ganze Leben des Kranken hindurchziehen, bald zu-, bald abnehmend. Wegen dieser Zwangszustände haben die Kranken ihre Stellungen, ja ihre Arbeitsfähigkeit verloren; diese Zwangserscheinungen belästigen und quälen den Kranken beständig. Wir müssen also dieselben als besondere Krankheit ansehen, da das Leiden hauptsächlich aus den Zwangserscheinungen besteht.

Außerdem sehen wir hier einen charakteristischen Krankheitsverlauf mit Exazerbationen und Remissionen eben dieser Zwangserscheinungen, einen Verlauf, der in ganz charakteristischer Weise weder zur Genesung noch zur Verblödung führt.

Was unsere zwei letzten Fälle anlangt, so sehen wir hier Phobien bei Psychopathen auftreten. Solche Phobien können wir bei den meisten Psychopathen, den Degenerierten aller Art, bei Dipsomanen, Alkoholikern, auch in der Vorgeschichte der verschiedensten Geisteskrankheiten antreffen. Daß aber echte Zwangszustände nicht nur bei der oben gekennzeichneten, sondern auch bei anderen Nerven- und Geisteskrankheiten, wenn auch episodisch, vorkommen, ist uns unwahrscheinlich, wir wollen es jedoch weder bestreiten, noch behaupten, da es uns an diesbezüglichen Beobachtungen fehlt. Wir müssen allerdings davor warnen, aus den Angaben der Kranken, daß sie ihre absonderlichen Handlungen im Beginn der Geisteskrankheit, als sie noch stark benommen waren, gegen ihren Willen hätten begehen müssen, da sie unter fremdem Einfluß gestanden hätten, auf Zwangshandlungen zu schließen, wie es häufig geschieht; denn daraus, daß die Kranken während der Remission oder der Genesung eine gewisse Einsicht in ihr früheres Tun erlangen, ist noch nicht zu schließen, daß sie das gleiche Krankheitsbewußtsein (in betreff dieser Erscheinungen) zu jener Zeit hatten; der Umstand, daß sie


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu jener Zeit benommen waren, spricht schon gegen eine echte subjektive Zwangshandlung.

Einige Autoren vereinigen alle diese Krankheitszustände in eine Gruppe, andere dagegen stellen viele Unterarten auf (z. B. Zweifelsucht, Berührungsfurcht, Onomatomanie, Arithmomanie, Echolalie usw. usw.). Wir denken nicht fehlzugehen, wenn wir folgende klinische Unterarten auf psychopathologischer Grundlage aufstellen: 1. Psychosen, bei denen hauptsächlich Zwangshandlungen und Zwangshemmungen vorkommen, wie in unseren ersten zwei Fällen, und 2. Psychosen, bei denen die Zwangserscheinungen sich hauptsächlich auf ideellem Gebiet äußern (also in Form von Zwangsideen und Zwangsdenken), wie in unserem dritten Fall. In diese zweite Untergruppe müssen wir hinzurechnen nicht nur die sogenannte Grübelsucht und die Zweifelsucht, sondern auch den Erinnerungszwang an Namen (Onomatomanie), den Erinnerungszwang an Worte, an Lagen von Personen und Gegenständen, an Melodien, an die Zahl der Geldsummen und andere Gegenstände, womit auch das endlose Rechnen verbunden ist (Arithmomanie). — Wir geben die Möglichkeit zu, daß es noch eine dritte Kategorie von Psychosen mit Zwangserscheinungen geben kann, bei denen nämlich Zwangsaffekte vorkommen. Zwar können wir aus unserem Material keine solche Fälle anführen, aber wir können aus der Literatur auf viele ähnliche Fälle hinweisen, die z. B. *Bechterew* und andere unter dem Namen der „Errötungsfurcht“, des „Zwanglächelns“ usw. beschrieben haben.

Wir fassen das Gesagte folgendermaßen zusammen:

1. Für die Zwangserscheinungen (Vorstellungen, Vorstellungszusammenhänge, Handlungen, Hemmungen, Affekte) ist charakteristisch das Fehlen des emotiven Elementes als Bestandteiles derselben. Außerdem ist der betreffende Kranke bei klarem Bewußtsein, hat Krankheitseinsicht und ein Zwangsgefühl.

2. Die Zwangshandlungen unterscheiden sich von den Triebhandlungen dadurch, daß die letzteren durch starke Gefühle ausgelöst werden, die den ersteren ganz fehlen.

3. Die Zwangsideen unterscheiden sich von den Wahnideen, autochthonen und überwertigen Ideen dadurch, daß bei den ersteren



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Kranke Krankheitseinsicht hat, während in den letzteren Fällen der Kranke an die Realität seiner Vorstellungen glaubt; außerdem sind bei den ersteren die Vorstellungen nicht verändert und entsprechen der Wirklichkeit, während bei den letzteren die Vorstellungen verfälscht sind.

4. Der Zwang, der bei diesen Zuständen vorhanden ist, unterscheidet sich vom Zwang, der bei anderen pathologischen Erscheinungen besteht (wie z. B. bei Halluzinationen, Wahnideen, Impulsen usw), dadurch, daß derselbe dort vom Kranken empfunden wird, während hier ein solches Zwangsgefühl nicht existiert.

5. Das Zwangsgefühl, das diese Kranken besitzen, erklärt sich aus dem inneren Zwiespalt, der dadurch entsteht, daß die Kranken einerseits bei klarem Bewußtsein sind und über unveränderte Denkprozesse verfügen, während andererseits bei ihnen mechanisch Grübeleien, Handlungen, Affekte auftreten, die einer emotiven Grundlage entbehren und dadurch dem übrigen Selbstbewußtsein des Individuums fremdartig und aufgezwungen erscheinen.

6. Die Wurzel der Zwangserscheinungen ist nicht in der Störung des Intellektes oder des Willens zu sehen, sondern wir müssen dieselbe auf dem Gebiete der Gefühle suchen, trotzdem bei ihnen das Gefühlselement verloren gegangen ist.

7. Die Zwangszustände entstehen auf solche Weise, daß der Affekt in einem Falle eine gewisse Vorstellung oder Vorstellungszusammenhang, im anderen den Antrieb erzeugt, bestimmte Handlungen zu begehen oder bestimmte Ausdrucksbewegungen hervorzubringen. Alle diese Erscheinungen, die durch den Affekt hervorgerufen und ursprünglich von einem Gefühlselement begleitet werden, werden auch nachher, wenn das emotive Element verloren geht, noch für das ganze spätere Leben beibehalten und wiederholt, was der besonderen gleichgültig-trägen Charakteranlage zuzuschreiben ist, die diesen Kranken eigentümlich ist.

8. Die Phobien müssen ganz von den Zwangszuständen getrennt werden, da sie mit ihnen keine gemeinsame Merkmale haben, und dürfen zu den Dämmerzuständen, die in dieser Form hauptsächlich bei Psychopathen auftreten, gerechnet werden, bei denen ein starker Affekt eine Bewußtseinstrübung hervorruft, die das Auftreten von Wahnideen begünstigt.

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

9. Wir schließen uns im allgemeinen der *Westphal*schen Definition der Zwangsvorstellungen an und weichen nur insofern davon ab, als *Westphal* in ihnen eine primäre Störung der Denktätigkeit erblickt, während wir den Ursprung derselben in den Affekten sehen.

10. Klinisch müssen wir für die Zwangszustände eine besondere Krankheitsform anerkennen, da sie einen charakteristischen Beginn und Verlauf, sowie ein charakteristisches Symptomenbild haben. Wir teilen diese Psychose in folgende Unterarten ein: a) in solche, bei denen hauptsächlich Zwangshandlungen und Zwangshemmungen vorkommen, b) in solche, bei denen Zwangserscheinungen hauptsächlich auf ideellem Gebiet angetroffen werden, wie z. B. Grübelsucht, Zweifelsucht, Onomatomanie, Arithmomanie usw., und c) in solche, bei denen hauptsächlich Zwangsaffekte vorhanden sind.

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sind Isolierräume und Einzelzimmer in der modernen Behandlung Geisteskranker unter allen Umständen überflüssig geworden?

Von

Dr. med. **Baller,**

Oberarzt a. d. Prov.-Irren-Anstalt Owinsk (Dir. San. Rat Dr. Werner).

Die Unruhe der Kranken ist heute noch wie zu allen Zeiten dasjenige Moment, das trotz aller Fortschritte der Psychiatrie und trotz aller Behandlungsmethoden nicht aus den Irrenanstalten verschwunden ist und dieselben von anderen Krankenhäusern immer noch unterscheidet. Die Unruhe, die Erregungszustände als Symptome sind in aller erster Linie zu behandeln. Die moderne Psychiatrie, die unter dem Gesichtspunkte möglichster Humanität schon im Bau der Irrenanstalten überall das no-restraint zu dokumentieren sich bemüht, hat auch nach Mitteln und Wegen gesucht, die Erregungszustände ihrer Pflegebefohlenen so zu bekämpfen, daß möglichst wenig Zwang und Qual daraus für die Kranken resultiert, also auch in der Behandlung möglichst ein allgemeiner Krankenhauscharakter gewahrt wird; leider aber ist eine Behandlung ohne Zwang und Qual, was für Methoden man auch anwenden mag, nicht denkbar, man müßte es denn nicht mit Geisteskranken zu tun haben, die alle unsere Maßnahmen von ihrem veränderten „Ich-Standpunkte“ als Beeinträchtigung ihrer freien Betätigung ansehen.

Diejenigen Mittel, die uns heute zur Bekämpfung von Erregungszuständen zur Verfügung stehen, sind:

1. Isolierräume resp. Separationszimmer.
2. Narcotica.
3. Bettruhe.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Hydrotherapeutische Maßnahmen, als da sind: Dauerbäder und Packungen.

Die Isolierräume, ein Überbleibsel aus der alten Zeit, sind nunmehr auch auf den Index gesetzt worden, offenbar aus dem Grunde, weil sie ein erhebliches Maß von Freiheitsbeschränkung darstellen und somit dem Gedanken an Gefängniszellen Raum geben können, andererseits weil isolierte Kranke der Aufsicht zu sehr entzogen sein sollen. Man hört so oft von Gegnern der Isoliermethode diese oder ähnliche Gründe ins Feld führen und hat daher als Abhilfe die Separation, d. h. Unterbringung erregter Kranker in Einzelzimmern bei geöffneter Tür in Anwendung gebracht. Aber worin besteht der große Unterschied? etwa darin, daß der eine Raum geschlossen ist, während der andere offen, aber einen handfesten Wächter vor der Tür hat, der gegebenenfalls den unruhig herausdrängenden Kranken „nachdrücklich“ auf sein Lager verweist? Gewiß, es haften den Isolierräumen Übelstände schwerwiegendster Art an, aber so vollständig zu verdammen, wie *Scholz* in seiner „kritisch-historischen Studie: Die verschiedenen Methoden in der Behandlung Geisteskranker“ (S. 17) es tut, ist die Isolierung doch nicht. Sie ist gegebenen Falles entschieden das kleinere Übel gegenüber anderen Beruhigungsmethoden; ja häufig sieht man von der Isolierung sogar Gutes.

Jeder Psychiater weiß, daß tobsüchtigen Erregungszuständen der Paralytiker, Epileptiker und anderen gegenüber fast alle Mittel versagen. Medikamente per os werden verweigert, subkutane Einspritzungen wirken nicht nachhaltig. Bettruhe, Dauerbäder und Packungen sind gleichbedeutend mit einem Ringkampf zwischen Pfleger und Kranken, der zu blauen Flecken und Verletzungen auf beiden Seiten führt. Beruhigung der Kranken, etwa im Dauerbade oder der Packung, tritt erst ein, wenn derselbe ermattet ist. Eine derartige Szene ist ein wenig erfreulicher Anblick. Solche Momente erziehen das Pflegepersonal zur Roheit. Es ist wenigstens durchaus entschuldbar, wenn in diesen Fällen die menschlichen Leidenschaften den Grenzwall der Überlegung durchbrechen. Für solche Erregungszustände ist die Isolierung zum mindesten das kleinere Übel. Meist braucht dieselbe über wenige Stunden nicht ausgedehnt zu werden, denn der Kranke


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beruhigt sich schnell, wenn er allein ist und ihm durch fremde Muskelgewalt kein Widerstand entgegengesetzt wird, der ihn, ganz abgesehen von seiner schon bestehenden Erregung, nur noch mehr in Wut versetzen muß.

Wenn man den Begriff der Isolierung weiter faßt als eben skizziert, so findet sich noch eine ganze Reihe von Kranken, bei deren Behandlung ich Isolier- oder Separationszimmer nicht vermissen möchte. Dahin gehören eine ganze Reihe der manisch-depressiven Kranken, die durch die Vorgänge in ihrer Umgebung nur noch mehr erregt werden, ferner solche akut Kranken, deren Ratlosigkeit infolge krankhafter Eigenbeziehung durch das Tun und Treiben ihrer Mitkranken gesteigert wird. (*Neisser*, Bettbehandlung der akuten Psychosen S. 8.) Ich habe oft manische Attacken in Einzelzimmerbehandlung bei demselben Individuum schneller vorübergehen sehen, als in allgemeiner Wachsaalbehandlung. Ich habe auch bei stark negativistischen Kranken, die im Wachsaal stets mit der Schlundsonde gefüttert werden mußten, im Einzelzimmer reichlich spontane Nahrungsaufnahme eintreten sehen.

Wie die Isolierräume am zweckmäßigsten ausgestattet werden sollen, um den Anforderungen, die die Sicherheit der Kranken usw. verlangt, zu erfüllen, darüber will ich mich nicht verbreiten. Es handelt sich hier nur um das Prinzip und die Frage, ob unter allen Umständen als nicht mehr zeitgemäß — sit venia verbo — nicht isoliert werden darf.

Wenn man die Publikationen, die diese Frage behandeln, liest (*Scholz* l. c.; *Neisser* l. c.; *Hoppe*, die Behandlung der Geisteskranken ohne Zelle und ohne Narcotica. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54 S. 910; *Wattenberg*, Sollen wir isolieren?, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52 S. 928; *Heilbronner*, Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung, ebenda Bd. 53 S. 717), so klingt aus allen eine stolze Sprache, und doch sagt *Hoppe* S. 915/16, daß er in einzelnen Fällen nicht ohne Isolierräume ausgekommen ist, ebenso *Neisser* (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50 S. 459), der da sagt: „Es gibt leider Fälle, in denen es mit allen Bemühungen nicht gelingt, dieselbe (Isolierzelle) zu vermeiden, wo selbst länger dauernde Absonderung im Interesse



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der anderen Kranken zur dringenden Notwendigkeit wird, selbst wenn man diese Maßnahmen für eine dem betreffenden Individuum schädliche hält. Die Isolierung eines kranken Menschen in einer Zelle, wenn sie lediglich zum Schutze der Umgebung und wegen einer störenden Unruhe erfolgt, ist und bleibt eine Grausamkeit, und wenn sie, was ich stets zugegeben habe, manchmal nicht zu umgehen ist, so ist ihre Notwendigkeit darum nicht minder beklagenswert."

Gewiß, es ist eine Grausamkeit, aber wir dürfen auch nicht vergessen, daß wir anderen ruhigeren Kranken auch Rücksicht schuldig sind, wie *Neisser* auch hervorhebt, und daß wir ihnen gegenüber Grausamkeiten begehen, wenn wir ihnen durch das Toben und Schreien der erregten Kranken die Ruhe und Sicherheit rauben, auf die sie Anspruch haben! Auch *Kraepelin* (Lehrbuch der Psychiatrie 7. Aufl. S. 422 I. Teil) spricht sich in diesem Sinne aus.

Der Isolierraum ist und bleibt ein leider notwendiges Übel, wenngleich die Benutzung desselben durch die Einführung der Bett- und Bäderbehandlung schon sehr beschränkt werden kann.

Das souveränste Beruhigungsmittel ist unstreitig die Bettruhe. Nicht nur sind dadurch unsere Irrenanstalten dem allgemeinen Krankenhauscharakter näher gekommen, es ist auch auffallend, und darin sind sich alle Autoren einig, wie hemmend das Bett auf viele Expansionsgelüste der Kranken wirkt. Man möchte es geradezu eine Art von Suggestion nennen. Das Bett ist ein Ort der Ruhe, das ist jedem durch die Gewohnheit von Jugend auf in Fleisch und Blut übergegangen, daher klingt eine durch äußere Einflüsse entstandene Erregung meist sehr schnell ab, und auch Erregungszustände, die ihren Grund in der Geisteskrankheit des Individuums selbst haben, wie manische Zustände, werden zum mindesten durch das Bett recht erheblich zurückgedämmt. Durch sachgemäße Unterstützung der Bettruhe mit geeigneten Narcoticis wird man häufig mit recht starken Erregungszuständen fertig, in einzelnen Fällen aber geht es ohne Isolierräume leider nicht.

Neuerdings hat man für derartige Fälle ein besonderes Gitterbett konstruiert, das in der psychiatrischen Klinik in Basel verwandt wird und von *Walter* in der psychiatrisch-neurologischen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wochenschrift Nr. 29—30. 08. beschrieben und empfohlen wird. Dasselbe kann allseitig durch bewegliche Gitter geschlossen werden.

Die unbedingte Notwendigkeit und die Erkenntnis, daß man mit Bettruhe, Dauerbädern, Packungen und Narcoticis allein nicht auskommt, hat zur Konstruktion dieses Gitterbettes geführt. Verfasser berichtet sehr viel Rühmliches von ihm und will es überall da angewandt wissen, wo man sonst isolieren würde. Die Kranken sollen sich im Schutzbett sehr bald beruhigt haben. Das ist ja auch ganz natürlich, die Bewegungsfreiheit darin ist doch recht gering, wenn man bedenkt, daß bei geschlossenen Gittern ein Stehen oder Sichaufrichten unmöglich ist, und der Kranke, der in seiner Erregung beim Umherwirtschaften mehrfach empfindlich mit den Gittern in Berührung gekommen ist, muß notgedrungen das Nutzlose seines Vorhabens einsehen. Wenn, wie Verfasser mitteilt, viele Kranke im Schutzbett sofort sich beruhigt haben, so liegt das nicht im Wesen dieser Einrichtung allein begründet, auch im Isolierraume hören manche Erregungszustände wie abgeschnitten auf; es wirken eben beide Maßnahmen gleich, beide sind abgeschlossene Räume, die dem Kranken das Überflüssige eines Widerstandes beweisen.

Ich muß offen gestehen, diese Einrichtung kann nicht meinen Beifall finden. Der Kranke sitzt in dem geschlossenen Gitterbett wie in einem Käfig, wie ein wildes Tier im Zwinger. Es erinnert dies zu sehr an mittelalterliche Bändigungsmittel in den Irrentürmen. Da halte ich den Aufenthalt in Isolierräumen doch noch für ein milderes Zwangsmittel. Immerhin ist dies Verfahren, eine Modifikation der Bettbehandlung, häufig noch viel humaner, als die absolute Durchführung der Bäder- und Packungsbehandlung.

Wie fast auf allen Gebieten, so zeigt es sich auch hier, daß man gern aus einem Extrem ins andere verfällt. Nachdem die Bäderbehandlung für einzelne Fälle als zweckmäßiges Beruhigungsmittel empfohlen war, wurde sie mit einem Male als Allheilmittel gepriesen. Mit ihr glaubte man das Mittel gefunden zu haben, das nun endgültig der alten Zellenbehandlung ein Ende machte, und das gewissermaßen eine neue Ära der Psychiatrie bedeutete. Alles, abgesehen von der Bettruhe, wurde per-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

horresziert; rückständig und inhuman war jeder, der nicht sofort mit vollen Segeln in den neuen Kurs einlenkte, und der in Theorie oder Praxis noch der Isolierräume sich bediente. Aber wenn man sich vorurteilslos die strikt durchgeführte Bäderbehandlung ansieht, so muß man doch sagen, ein Zwangsmittel hat nur das andere abgelöst; es fragt sich nur, welches das mildere ist. Die Münchener Klinik und eine Reihe von Provinzialanstalten rühmen sich, durch die Einführung der Bäderbehandlung die Isolierräume überwunden zu haben; auch wir haben die Methode in ausgiebigster Weise geübt. Gewiß, es geht, aber ob man humaner dabei handelt, das möchte ich doch sehr in Frage gestellt sehen. Jeder erregte Kranke kommt ins Bad. Was spielen sich da für Szenen ab! Erst muß bei vielen der Widerstand gebrochen werden, ehe der Kranke in die Wanne steigt, dann muß er in derselben fortgesetzt niedergehalten werden, was er durch Umsichschlagen, Schreien und Verspritzen des Wassers abzuwehren sucht. Das Wartpersonal steht in dampfgeschwängerter Atmosphäre über und über triefend dabei und muß jedem Versuch des Kranken, seinen unfreiwilligen Aufenthaltsort zu verlassen, Gewalt entgegensetzen. Was Wunder, wenn da die Geduld des Pflegers einmal reißt, und in der Tat sieht man die meisten blauen Flecke bei erregten Kranken, die längere Zeit gebadet worden waren. Wir erziehen unser Personal zur Roheit mit keiner Maßnahme so sehr, wie mit der unzweckmäßig durchgeführten Bäderbehandlung.

Schon die Verbringung eines Kranken in den Isolierraum wurde als ein die Roheitsgelüste des Personals hervorrufender Akt angesehen, wie viel mehr nicht das dauernde Niederhalten in der Badewanne. Ersteres ist ein kurzer Moment, letzteres eine Summe von Einzelhandlungen, die naturgemäß an die Langmut der Pflegers viel größere Anforderungen stellen.

Daß trotz allem Enthusiasmus das Dauerbad doch nicht ideal ist, beweisen die Vorkehrungen, die hier und da empfohlen werden, um das Verspritzen des Wassers und das Herausdrängen des Kranken aus der Wanne zu vermeiden. Man hat sich dadurch zu helfen versucht, daß man die Wanne mit Tüchern überspannte, die den Kopf des Badenden frei ließen, ja sogar Deckelbäder tauchen hier und da auf. Nun, da möchte ich beinahe noch de



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufenthalt im Zwangsstuhle oder Zwangsbett vorziehen; die Bewegungsfreiheit ist in beiden Fällen gleich aufgehoben, in letzterem aber befindet sich der Kranke wenigstens nicht in einem ihm von Natur fremden Element!

Das Bad ist schon an und für sich bei der größten Mehrzahl der Bevölkerung nicht sehr beliebt. Jammern und Wehklagen erhebt sich besonders bei den weiblichen Patienten aus niederen Volksklassen, wenn es sich nur um Reinigungsbäder handelt. Sie empfinden es als böswillige Quälerei, ja als Strafe, und häufig ist genesenen Kranken das Dauerbad die unangenehmste Erinnerung an ihren Aufenthalt in der Irrenanstalt, wie das ja auch in dem letzten Prozeß Lubecki zutage getreten ist.

Es ist viel darüber diskutiert worden, ob es zweckmäßiger sei, große Baderäume mit mehreren Wannen einzurichten oder verschiedene kleinere Räume mit wenig Wannen. Vom Standpunkte des Erfolgs möchte ich kleineren Räumen den Vorrang zusprechen. Je weniger Reize auf einen erregten Kranken, z. B. den manischen, einströmen, desto leichter beruhigt er sich. Es entsteht der reine Hexensabbath, wenn 3—4 erregte Kranke zu gleicher Zeit baden, dafür liegen eine ganze Reihe von Beobachtungen bei uns vor. Leider ist das bei der unbedingten Durchführung der Bäderbehandlung nicht möglich; es würde das zu viel Personal absorbieren, zumal wenn man bedenkt, daß unter Umständen Tag und Nacht gebadet werden muß. Derjenige, der 6 Stunden bei mehreren erregten Kranken im Baderaum die Aufsicht geführt hat, ist zu weiterem Dienst für den Tag unbrauchbar; körperlich wie seelisch wird das Pflegepersonal eher verbraucht.

Wenn die Münchener Klinik berichtet, daß sie vermöge der Bäderbehandlung ganz auf die Isolierräume und zum Teil auch auf Narcotica verzichten konnte, so liegt das an dem reichlichen Personal, das ihr zur Verfügung steht. Durchführbar, das muß zugegeben werden, ist die Bäderbehandlung unter allen Umständen, aber ohne die oben erwähnten Schädlichkeiten wird es auch dort nicht abgehen, das Krankenmaterial ist dort kein anderes als in Provinzial-Heilanstalten, und die Behandlungsart ist überall die gleiche.

Einige Anstalten, z. B. Doesen und Göttingen, gehen sogar so weit, daß sie für die Sommermonate Dauerbäder im Freien


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verabreichen, so beschrieben in der psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift Nr. 20. 07 S. 162 und Nr. 45. 08 S. 416. Sie messen der Einwirkung der freien Natur sehr viel Einfluß auf den Kranken bei und wollen gewissermaßen demselben die Freude an der Natur, dem Blühen der Blumen und dem Gesang der Vögel nicht vorenthalten. Ich glaube, diese Einrichtung dürfte doch wohl etwas über das Ziel hinausschießen. Handelt es sich um hochgradig Erregte, so wird die Erregung einerseits durch die mannigfachen Eindrücke nicht gebessert werden, anderseits keinen Naturgenuß aufkommen lassen; handelt es sich um ruhigere Kranke, die noch oder schon wieder Sinn für die Schönheiten eines Sommertages haben, so wird ihnen der Aufenthalt im Freien außerhalb der Badewanne noch angenehmer sein. Es ist durchaus mit Freuden zu begrüßen, daß alte, dekrepide Kranke, die dauernd ans Bett gefesselt sind, mit ihren Lagerstätten ins Freie geschafft werden, aber Dauerbäder im Freien sind meines Erachtens des Guten zu viel.

Ich bin mir bewußt, daß diese meine Ausführungen lebhaften Widerspruch erwecken werden, glaube aber auch, daß manch einer besonders der älteren Psychiater ebenso denkt. Ich bin durchaus ein Freund der Bäderbehandlung und mache selbst regen Gebrauch von derselben, aber die rücksichtslose Durchführung der Dauerbäder, die jede Isolierung überflüssig macht, halte ich für eine Grausamkeit dem Kranken wie auch dem Personal gegenüber. Die Humanität liegt meines Erachtens nicht allein darin, daß wir einzelne Maßnahmen, wie Isolierungen. Zwangsjacke und kalte Duschen usw. perhorreszieren, die übrigens, wenn auch in etwas gefälligerem Gewande, in der modernen Hydrotherapie wieder auftauchen, sondern darin, wie wir die einzelnen Beruhigungsmittel, die leider fast immer den Kranken als Zwangsmittel erscheinen, anwenden.

Wir wollen uns nicht in Extremen bewegen, wohin wir mit der strikten Durchführung der Bäderbehandlung zu kommen scheinen; auch in der Anwendung der Beruhigungsmittel sei individuelle Behandlung das Losungswort. Als Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes sei das Dauerbad freudig willkommen, aber nicht als Allheilmittel.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Lues-Paralyse-Frage.[1])

Von

Dr. **Felix Plaut**-München und Dr. **Oskar Fischer**-Prag.

I. Referat von Dr. Felix Plaut.

M. H.! Für Ihren Entschluß, über die Lues-Paralyse-Frage in eine erneute Diskussion einzutreten, dürfte wohl im wesentlichen die Tatsache maßgebend gewesen sein, daß die Syphilisforschung in den letzten Jahren eine so großartige Entwicklung genommen hat. Sie werden sich in erster Linie darüber auseinandersetzen wollen, ob auf den Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse die jüngst gewonnenen Forschungsergebnisse der Syphilidologie ein neues Licht geworfen haben. Daher glaube ich, nachdem Sie mir den ehrenvollen Auftrag erteilt haben, Ihrer Besprechung einige einleitende Worte voraufzuschicken, Ihren Wünschen am ehesten zu entsprechen, wenn ich meinen Ausführungen die besonderen Beziehungen zu der modernen Syphilisforschung zugrunde lege. Dabei ist es gewiß nicht zu umgehen, aus der übergroßen Reihe der Fragestellungen, die in den letzten Jahrzehnten auftauchten und vielfach Gegenstand heftiger Kontroversen wurden, vieles mitheranzuziehen, was nur entfernt oder überhaupt nicht von den Fortschritten der letzten Jahre befruchtet wurde; aber eine erschöpfende Darstellung aller der Versuche zu geben, die gemacht worden sind, den Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse einerseits zu festigen und andererseits zu lockern, und die Art des Zusammenhangs zu erklären, darf ich wohl nicht als im Rahmen der mir gestellten Aufgabe liegend ansehen. Handelt es sich ja doch hier nicht um ein abgelegenes, kleines, nur von wenigen bearbeitetes Gebiet, sondern um eine Frage, die im Mittelpunkt der psychiatrischen

[1]) Referat, erstattet für die am 23. und 24. April 1909 in Köln und Bonn stattfindende Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bestrebungen seit Jahrzehnten steht, mit der ein jeder von uns sich befaßt hat, und mit deren Entwicklung wir alle im wesentlichen vertraut sind.

Muß Syphilis vorausgegangen sein?

Zur Entscheidung dieser Frage wurde bisher im wesentlichen der anamnestische Nachweis der Infektion herangezogen. Die Bemühungen, durch anderweitige Beziehungen die voraufgegangene Syphilis zu ermitteln, haben nur eine recht untergeordnete Bedeutung gewonnen, so der Nachweis von körperlichen Zeichen überstandener oder noch bestehender Syphilis, die Häufigkeit des Vorkommens der Paralyse bei Ständen, die erfahrungsgemäß besonders häufig von der Syphilis befallen werden, so bei Offizieren, Kaufleuten, Literaten, im Gegensatz zu der Seltenheit des Auftretens der Paralyse bei den der Infektion selten unterliegenden Geistlichen, bei Quäkern usw., ferner der Parallelismus der Häufigkeit von Syphilis und Paralyse in der Stadt- und Landbevölkerung, die Übereinstimmung der Verhältniszahlen hinsichtlich luischer Infektion und Paralyse bei Männern und Frauen (Verhältnis der luischen Infektion der Weiber zu der der Männer nach *Blaschko* 1 : 4, nach *Fournier* 1 : 8), schließlich der von *Heiberg* geführte Nachweis, daß in Dänemark, wo ärztliche Meldepflicht für die Syphilis besteht, einem Maximum der angemeldeten Syphilisfälle ein entsprechendes Maximum der nach Ablauf des nötigen Intervalls zum Exitus gekommenen Paralysefälle entspreche. (Maximum der Syphilis 1869 bzw. 1886, Maximum der Paralyse 1884 bzw. 1902.)

Alle diese Versuche vermitteln nur ungefähre und nicht eindeutige Eindrücke, sie sind wertvolle Hilfsindizien, werden aber von der Wichtigkeit des anamnestischen Nachweises völlig in den Hintergrund gedrängt. Der Nachweis der Syphilis in der Anamnese ist ja, wie kaum noch irgendwo bestritten wird, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu führen. Die Einwände, welche gegen den Wert der Syphilis-Paralyse-Statistiken gerichtet wurden, daß man zu leichtfertig sei mit der Annahme der Infektion, weil man sich zu sehr auf nichts beweisende Angaben der Kranken stütze, wie: es habe einmal ein Schanker oder gar nur eine Geschlechtskrankheit vorgelegen, es sei einmal eine Schmierkur vorgenommen worden, oder die Frau habe Aborte gehabt, daß die Kranken aus Demenz die Frage bejahen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

usw., sind als nicht stichhaltig anzusehen, nachdem eine so große Fülle von durch zuverlässige Autoren erhobenen Statistiken ganz übereinstimmende Ergebnisse gebracht haben. Die Statistiken der letzten Jahre haben die Höhe von 80%, sogar 90% erreicht und haben denn auch die Mehrzahl der Ärzte zu der Auffassung geführt, daß die Syphilis eine sehr wesentliche ätiologische Rolle für die Entstehung der Paralyse spiele.

Über die Tatsache, daß bei einem kleinen Bruchteil von Fällen, 10% bis 20%, die Lues nicht zu ermitteln ist, vermögen sich nur wenige hinwegzusetzen. *Fournier* hat sich bekehrt, aber mit *Erb* schreckt die Mehrzahl der Autoren davor zurück, die Syphilis als die conditio sine qua non zu betrachten; der Tenor der Ausführungen, auch der Syphilisfreundlichsten, ist auch jetzt noch: die Syphilis ist gewiß der wichtigste Faktor, aber es geht offenbar auch ohne sie.

Ich möchte mir erlauben darauf hinzuweisen, daß es hinsichtlich der Feststellung der Beziehungen der tertiären Formen der Syphilis zur Infektion ganz ähnliche Auseinandersetzungen gegeben hat. Nach den Mitteilungen *Fourniers* wissen 50% der Tertiarsyphilitiker nichts von einem Primäraffekt, nach den Erfahrungen der *Neisser*schen Klinik, über die *Marschalko* berichtet hat, vermögen 26,2% der Männer und 57,4% der Frauen nichts über eine voraufgegangene Infektion anzugeben, in der *Lang*schen Klinik in Wien waren, wie *Hirschl* feststellte, 36,5% der tertiären Syphilitiker in Unkenntnis über die erfolgte Infektion. Wenn schon geistesgesunde Syphilitiker über die Infektion so häufig nichts auszusagen wissen, muß es eigentlich in Erstaunen setzen, daß es möglich war, bei Paralytikern so häufig zum Ziele zu gelangen.

Aus der experimentellen Syphilisforschung haben wir nun durch die Untersuchungen *Neissers* gelernt, daß beim Affen das Virus nicht immer an der Eintrittspforte charakteristische Veränderungen hervorrufen muß, obwohl eine Infektion erfolgt ist, denn es gelang bei solchen Tieren durch die positive Verimpfung der inneren Organe nachzuweisen, daß die Invasion stattgefunden hatte. Wenn es auch nicht angängig ist, vom Affenexperiment direkt auf die menschliche Syphilis zu schließen, müssen wir doch wohl an die Möglichkeit denken, daß sich jemand infizieren kann, ohne daß eine Initialsklerose zur Entwicklung gelangt. Vielleicht gehört ein Teil



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Paralytiker, bei denen man geneigt ist, die Infektion sozusagen mit Sicherheit auszuschließen, Fälle, über die jeder Arzt zu verfügen glaubt, hierher.

Wir sind jetzt durch die Serodiagnostik der Syphilis in den Stand gesetzt worden, an Stelle der anamnestischen Erhebungen einen objektiven Nachweis der stattgehabten Infektion zu führen, und es wird nun zu erforschen sein, ob wirklich ein Rest von nicht syphilitisch infizierten Paralytikern übrig bleibt, ob wir noch berechtigt sind, anzunehmen, daß die Paralyse in etwa 80% mit der Syphilis zusammenhängt, während in 20% die gleichen Wirkungen durch andere Ursachen erzeugt werden, oder ob wir *Möbius* zustimmen dürfen, der ein solches Kleben an der statistischen Unzulänglichkeit so heftig verurteilte. „Abgesehen von der Statistik", sagt *Möbius*, „hat die Vernunft doch auch noch ein Wort zu sagen. Findet man irgendwo ein Krankheitsbild mit charakteristischen Zügen, so fällt es doch niemand mehr ein, anzunehmen, es habe bald diese, bald jene Ursache. Glaubt man denn, daß die Malaria heute durch Plasmodien und morgen ohne sie entstehe, daß der Tetanus bald durch *Nicolaiers* Bakterien, bald durch Erkältung bewirkt werde? Wo aber ist eine Krankheit, die eigenartiger wäre als die Tabes, deren Züge bis ins einzelne ausgearbeitet sind, die nirgends ihresgleichen hat? Und gerade diese sollte keinen einheitlichen Ursprung haben! Je länger ich darüber nachdenke, um so fester glaube ich, daß die Tabes nie ohne Syphilis entstehe." Den gleichen Standpunkt nahm *Möbius* bekanntlich gegenüber der Paralyse ein, die er ja als eine zerebrale Tabes bezeichnete.

Wenn ich mich nun zu den Ergebnissen der serodiagnostischen Untersuchungen wende, so darf ich mir wohl eine eingehende Darstellung der Methodik und eine detailierte Schilderung der Meinungen über die der Reaktion zugrunde liegenden biologischen Vorgänge ersparen. Es dürfte Ihnen bekannt sein, daß in der ursprünglichen und für uns noch jetzt gültigen Versuchsanordnung man das zu untersuchende Serum zusammengibt mit Extrakt aus syphilitischen Organen, daß man weiterhin das sogenannte Komplement in Gestalt von frischem, normalem Meerschweinchenserum hinzufügt; findet sich nun in dem zu untersuchenden Serum eine auf das im syphilitischen Extrakt enthaltene Antigen einpassende Substanz („Antikörper"), so verankern


Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN · Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich diese beiden Körper und gewinnen nach ihrem Zusammentreten die Fähigkeit, das Komplement zu binden. Tritt also Komplementbindung gegenüber einem syphilitischen Antigen ein, so kann man auf Grund der Spezifizität derartiger Bindungsvorgänge schließen, das Serum stamme von einem syphilitischen Individuum. Die Tatsache der Komplementbindung macht man sinnfällig durch Zusatz von 1. einem tierischen Serum, das auflösend auf eine bestimmte Blutart wirkt (hämolytisches Serum), und 2. dieser Blutart selbst. Da das komplementfreigemachte hämolytische Serum nur in Gegenwart von Komplement die Blutkörperchen aufzulösen vermag, unterbleibt die Auflösung, wenn der luische Antigen - Antikörperkomplex das Komplement mit Beschlag belegt hat. Die Hemmung der Hämolyse beweist somit, daß Komplementbindung erfolgt war, und ist als der positive Ausschlag der Untersuchung auf Syphilis anzusehen. Erfolgt die Auflösung der Blutkörperchen, so ist das Ergebnis als negativ zu bezeichnen.

Es ist vielfach bestritten worden, daß der biologische Mechanismus sich in dieser Weise vollzieht, aber auch die zahlreichen Erklärungsversuche anderer Art sind weit davon entfernt, völlig zu befriedigen. Noch immer findet ein lebhafter Meinungsaustausch statt darüber, ob die Reaktion biologisch spezifisch ist, ob es sich um den Nachweis echter luischer Substanzen handelt oder nicht. Auf einiges werde ich später noch kurz zu sprechen kommen.

Was uns hier allein interessiert, ist die Frage, ob die Reaktion klinisch spezifisch ist, d. h. ob, unbekümmert um die Art der nachgewiesenen Substanzen, sich die Reaktion nur bei Luikern findet oder nicht. Es mag zuzugeben sein, daß bei gewissen Infektionskrankheiten, so bei Scharlach, Lepra, der Schlafkrankheit, der Malaria hin und wieder ein ähnliches Verhalten des Serums zu beobachten ist. Da aber beim Scharlach die Reaktion nur vorübergehend im Verlauf der Krankheit einmal auftritt und die übrigen Krankheiten bei uns zu Lande kaum differentialdiagnostisch in Frage kommen, denke ich, daß man der nunmehr von fast allen Autoren akzeptierten Auffassung, daß in unseren Zonen der positive Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion die Diagnose auf Lues zu stellen gestattet, zustimmen muß. Sollten noch weitere Einschränkungen sich im Laufe der Jahre als notwendig herausstellen, so werden auch diese der praktischen Brauchbarkeit


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Reaktion keinen Abbruch tun, wie ja auch niemand die Verwertbarkeit der Typhusagglutination bestreitet, weil sie sich noch bei Ikterus und bei Fleischvergiftungen findet.

Es hat sich nun herausgestellt, daß nicht jeder Luiker, auch nicht im floriden Stadium, die Reaktion gibt, daß auch hier ein Rest von 10—20% bleibt, der sich der Serumdiagnose entzieht. Die Befürchtung, daß ein derartiger Rest auch bei den Paralytikern bleibt, daß uns also die Serodiagnostik den gleichen Zweifeln überliefert, welche die Statistiken in uns hervorgerufen haben, ist glücklicherweise nicht begründet.

Zuvor sei bemerkt, daß ich hier nur auf die Befunde im Blut der Paralytiker eingehen möchte, und zwar deshalb, weil es hier nur darauf ankommt, festzustellen, ob eine luische Infektion erfolgt ist oder nicht, und weil man auch bei der Paralyse m. E. mit größerer Sicherheit diesen Nachweis mit dem Blut als mit der Spinalflüssigkeit zu führen vermag.

In der Zusammenstellung, die ich kürzlich veröffentlicht habe, teilte ich mit, daß von 159 Seris von Paralytikern alle ohne eine Ausnahme die *Wassermann*sche Reaktion gegeben haben. Anamnestisch hatte die Luesfeststellung versagt bei den Männern in 22%, bei den Frauen in 42% der Fälle. Wir sehen also, daß durch die Serodiagnostik die kleine, so viel umstrittene Gruppe der „nicht syphilitischen" Paralytiker ihres mystischen Charakters entkleidet ist. Zu den gleichen Ergebnissen gelangte *Edel*, dessen 54 Paralytiker gleichfalls ausnahmlos positiv reagierten. Die übrigen Statistiken sind für die uns hier interessierende Frage nicht voll zu verwerten, da sie sich fast ausschließlich auf die Untersuchungen von Spinalflüssigkeiten beziehen und, wie bereits betont wurde, hier gelegentlich einmal die Reaktion vermißt wird, während das Serum desselben Kranken sie gibt. Wenn also z. B. *Stertz* nur 95% seiner Paralytiker positiv reagierend fand, so darf man daraus nicht den Schluß ziehen, daß hier in 5% der serodiagnostische Nachweis der Lues nicht zu führen war, denn es handelt sich hier um an Spinalflüssigkeiten und nicht an Seris gewonnene Resultate. *A. Marie*, *Levaditi* und *Jamonouchi* fanden das Serum bei Paralyse allerdings nur in 59% der Fälle positiv reagierend, während sie mit der Spinalflüssigkeit in 93% positiven Ausschlag erhielten. Auch die von *Nonne* untersuchten Paralytiker



ließen ihn in 10% der Fälle im Stich. Bei der Kompliziertheit der Methode und den erheblichen Differenzen in der Wirksamkeit der Organextrakte ist es nur zu begreiflich, daß die Resultate der einzelnen Autoren nicht völlig übereinstimmen können. An sich beweist natürlich auch ein negativ reagierender Paralytiker nicht, daß er syphilisfrei ist, aber ich kann mich in Anbetracht meiner Erfahrungen nicht dem Eindruck verschließen, daß zum mindesten mit dem *Levaditi*schen Material unter günstigen Bedingungen wesentlich höhere Resultate zu erzielen gewesen wären.

Ich will nicht verhehlen, daß auch mir kürzlich ein seitens des Blutes negativ reagierender Paralytiker begegnet ist. Es war ein Fall, der ein ganz ungewöhnliches Bild bot, auch keine Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit aufwies, und den erst bei der Sektion Herr Dr. *Alzheimer* als Paralyse ermittelte. Möglicherweise versagte hier die Reaktion, weil eine verringerte Alkaleszenz des Blutes vorlag, und es hätte vielleicht ein geringer NaCl-Zusatz genügt, eine positive Reaktion zu erzielen. Da die Untersuchung $1^1/_2$ Jahr zuvor stattgefunden hatte, ließ sich dies erst inzwischen von *Sachs* und *Altmann* erkannte Phänomen nicht mehr prüfen. Dagegen habe ich bei weiteren inzwischen untersuchten 24 Paralytikern ausnahmlos positiven Befund erhalten. Somit stehen 183 positiv reagierende Paralytiker einem negativ reagierenden gegenüber. Ich glaube nicht, daß man daran die Frage zum Scheitern bringen lassen darf, und denke, man ist berechtigt, nunmehr mit noch größerer Sicherheit als zuvor zu sagen: ohne Lues keine Paralyse.

Besteht noch Syphilis, während die Paralyse sich abspielt?

Wir werden dieser Frage näher treten müssen, indem wir ihr gegenüber die Ergebnisse

1. der experimentellen Affensyphilis,
2. des Spirochaetennachweises,
3. der Serodiagnostik

würdigen.

ad 1. Man war bisher der Ansicht, daß sich eine Immunität gegenüber der Neuansteckung mit Syphilis bei einem bereits mit dieser Krankheit infizierten Organismus entwickelt, und diese Auffassung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gründete sich auf dem außerordentlich seltenen Vorkommen von Reinfektionen. Allerdings hatten *Neisser* und andere schon immer geltend gemacht, daß die Seltenheit der Reinfektion keine sichere Gewähr für eine echte Immunität gebe, daß vielmehr nur von einer veränderten Reaktionsweise der Haut gesprochen werden dürfe, in dem Sinne, daß es bei dem infiziert gewesenen Organismus nicht zur Ausbildung eines typischen Primäraffektes komme. Erst das Affenexperiment hat über diese Verhältnisse größere Klarheit verbreitet. *Neisser* und seine Mitarbeiter haben nämlich festgestellt, daß Affen, welche infiziert und gründlich behandelt worden waren, welche jahrelang keine Erscheinungen mehr dargeboten hatten und auf Neuinfektionen nicht mit der Initialsklerose reagierten, trotzdem nicht immun waren, sondern nur deshalb keinen neuen Primäraffekt zeigten, weil sie noch syphiliskrank waren. Wurden nämlich solche Affen getötet, und verimpfte man ihre Organe auf andere Affen, so gelangten typische, spirochaetenreiche Initialsklerosen zur Entwicklung. Diese Erfahrungen haben *Neisser* zu der Auffassung geführt, daß es eine Immunität bei Syphilis nicht gibt, zum mindesten, daß kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, daß vielmehr Immunsein gleichbedeutend ist mit noch Kranksein. Im Lichte dieser Erkenntnisse gewinnen jene Versuche eines ungenannten Forschers, deren Mitteilung wir *Krafft-Ebbing* verdanken, erhöhte Bedeutung. Ich meine jene bekannten, an 9 Paralytikern versuchten Syphilisinokulationen, die sämtlich negativ verliefen. Wenn es ja auch, wie immer wieder betont werden muß, vielleicht riskant ist, die Affensyphilis ohne weiteres der Menschensyphilis gleichzusetzen, so muß doch der durchweg negative Ausfall der von *Krafft-Ebbing* mitgeteilten Versuche den Gedanken nahelegen, daß auch hier die Reinfektion nicht gelang, weil die Krankheit noch vorlag, daß also die Paralytiker noch Spirochaetenträger sind. Eine Wiederaufnahme derartiger Untersuchungen ist in Anbetracht der Förderung, welche unseren Kenntnissen durch sie gebracht werden würde, sehr zu wünschen.

ad 2. Es erscheint billig zu fordern, daß, wenn noch Spirochaeten im Paralytikerkörper sein sollen, diese auch nachgewiesen werden müßten. Es hat nun mit dem mikroskopischen Nachweis der Spirochaeten sein eigenes Bewenden. Leicht nachweisbar ist die Spirochaete im Primäraffekt und auch in den sekundären Effllores-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zenzen, dagegen ist sie in den Produkten der tertiären Syphilis ungemein schwer aufzufinden. Daß sie sich dort noch findet, ist durch eine Reihe von Mitteilungen von *Neisser*, *Hoffmann*, *Levaditi*, *Doutrelepont* und anderen sichergestellt, aber sie ist offenbar so spärlich vorhanden, daß ihr Nachweis mit den größten Schwierigkeiten verknüpft ist und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht gelingt. Bei der Paralyse hat man aus naheliegenden Gründen vorwiegend in der Hirnrinde und der Pia nach ihr gesucht, und niemand hat sie dort gefunden. Ob in den anderen Organen der Paralytiker mit derselben Emsigkeit nach ihr geforscht wurde, ist mir nicht bekannt, jedenfalls ist von keiner Seite über das Gelingen ihres Nachweises eine Mitteilung in die Öffentlichkeit gelangt. Dies beweist im Hinblick auf die bereits betonte Schwierigkeit, die Spirochaete bei den Spätformen der Lues zu finden, in keiner Weise, daß sie bei der Paralyse nicht noch, wenn auch in spärlicher Zahl, vorhanden ist. Und man darf besonders das eine nicht vergessen, daß es auch bei der Lues cerebri ebenso wenig gelang die Spirochaete nachzuweisen, weder im Gehirn noch in der Spinalflüssigkeit. Wenn man sich also auf den mikroskopischen Spirochaetennachweis für die Entscheidung der Frage versteifen will, dann ist man verpflichtet, die von uns bisher als luisch angesehenen Hirnveränderungen — mit Ausnahme der Gummata — nicht mehr zur Lues zu rechnen, ebenso wie man der *Heller*schen Mesaortitis luica, bei der auch bisher die Spirochaeten nicht in einwandfreier Weise dargestellt wurden, ihre Beziehung zur Lues abstreiten müßte. In Wirklichkeit beweist der negative Ausfall der mikroskopischen Spirochaetenuntersuchung in keiner Weise das Fehlen derselben, denn es ist in einer großen Zahl von Fällen gelungen, mit tertiär luischen Produkten, die mikroskopisch keine Spirochaeten erkennen ließen, positive Impfresultate beim Affen zu erzielen. Es ist ja wohl verständlich, daß bei der Impfung, wo ein viel größeres Material zur Wirkung gelangt, die Chancen für den Nachweis erheblich günstiger liegen als im mikroskopischen Präparat. Wir werden somit, um auf die Verhältnisse bei der Paralyse zurückzukommen, aus dem bisher nicht gelungenen Nachweis der Spirochaete nicht folgern dürfen, sie sei nicht mehr vorhanden, werden vielmehr zur Entscheidung der Frage in möglichst großem Maßstabe das Affenexperiment heranziehen müssen. Dabei wird man sich nicht darauf beschränken dürfen,


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Impfversuche mit Gehirnteilen vorzunehmen, sondern wird die Untersuchung auf möglichst alle inneren Organe ausdehnen müssen.

ad 3. Für die Beurteilung der Frage, ob sich im gegebenen Moment noch luische Prozesse abspielen, bzw. ob das Virus noch im Körper vorhanden ist, gibt die *Wassermann*sche Reaktion keinen völlig sicheren Anhaltspunkt. Die Einen meinen, der positive Ausfall der Reaktion besage nichts weiter, als daß einmal eine Infektion vorgelegen habe, und gestatte darum keine Schlüsse hinsichtlich des noch Krank- oder Geheiltseins, und demgemäß seien alle Folgerungen, die man bezüglich der Prognose und Therapie an den Ausfall der Reaktion knüpfe, nicht berechtigt. Andere sehen enge Beziehungen zwischen dem positiven Ausfall der Reaktion und dem Status der Infektion und vertreten darum die Ansicht, der positive Ausfall beweise, daß noch Krankheit vorliegt; am weitesten hat sich *Neisser* vorgewagt mit der Erklärung, wo die Serumuntersuchung positiv verlaufe, seien noch Spirochaeten vorhanden. Wenn auch eine sichere Beurteilung zurzeit noch nicht möglich ist, so ist doch nicht zu verkennen, daß mancherlei für die Auffassung *Neissers* spricht. Wir sehen, daß die Reaktion einsetzt mit den Zeichen der Allgemeininfektion; bei beginnendem Primäraffekt ist sie nur in einer kleinen Anzahl der Fälle nachweisbar; hat der Primäraffekt seine volle Ausbildung erlangt, so mehren sich die positiven Ausfälle beträchtlich, und mit dem Auftreten der ersten Manifestation der Allgemeininfektion steigt die Zahl der positiven Ausfälle auf 90% und darüber. Auch im weiteren Verlauf der Erkrankung hat man häufig die Beobachtung machen können, daß die Reaktion sich in evidenter Weise an die luische Manifestation attachiert, daß sie, bereits verschwunden, wieder auftauchen kann, wenn neue Eruptionen zur Entwicklung gelangen. Hierzu kommt, daß sie, wenn auch nicht in gesetzmäßiger Weise, so doch unverkennbar durch spezifische Kuren beeinflußt wird. Schließlich sehen wir bei latenten Spätluikern, unter denen sich ja eben auch die geheilten Syphilitiker befinden, die Reaktion, die im floriden Stadium bei 90% bis 100% der Fälle gefunden wurde, nur noch in etwa 40% bis 50% und bei gut behandelten nur in etwa 20% noch eintreten. Es ist also eine gewisse Wahrscheinlichkeit nicht zu bestreiten, daß enge Beziehungen zwischen der Reaktion und der Tätigkeit des syphilitischen Virus vorliegen. Wollten wir uns nun hinsichtlich der Befunde bei


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Paralyse auf den *Neisser*schen Standpunkt stellen, so müßten wir in Anbetracht der Feststellung, daß hier fast ausnahmlos das Blutserum positiv reagiert, folgern, die Paralytiker seien Spirochaetenträger. Die Prämissen für eine derartige Schlußfolgerung sind jedoch zurzeit noch nicht gegeben. Wohl legt es aber noch ein weiterer Umstand nahe, anzunehmen, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt, die Lues noch im Körper tätig ist. Ein Vergleich der Häufigkeit des Auftretens der Reaktion in den verschiedenen Stadien der Syphilis, worüber eben berichtet wurde, läßt nämlich erkennen, daß die Paralytiker serologisch nicht übereinstimmen mit den symptomlosen Spätluikern, sondern durchaus die Verhältnisse darbieten wie die floriden Luesstadien. Wollten wir nun einen Zusammenhang zur Syphilis nur insoweit konzedieren, als wir sagen, es muß einmal eine luische Infektion stattgefunden haben, die Paralytiker gehören aber in ihrer Eigenschaft als Luiker zu den symptomlosen Spätluikern, so würden wir bei ihnen nur ein positives Reagieren in höchstens 40% bis 50% der Fälle erwarten dürfen. Da dies nun keineswegs der Fall ist, erscheint die Wahrscheinlichkeit, daß im Körper der Paralytiker noch tätiges Virus vorhanden ist, sehr nahe gerückt. Indem ich hier noch in keiner Weise Stellung zu der Frage nehmen will, ob der paralytische Prozeß selbst als luischer aufzufassen ist oder nicht, meine ich doch, daß wir, ganz allgemein gesagt, auf Grund der Würdigung der dargestellten Verhältnisse es als recht wahrscheinlich ansehen dürfen, daß die Paralytiker Spirochaetenträger sind.

Sind bereits im Momente der Infektion die entscheidenden Vorbedingungen gegeben für eine spätere Entwicklung der Paralyse?

1. Durch eine besondere Varietät des Virus (Syphilis à Virus nerveux)?

2. Durch eine Prädisposition des Infizierten, die sich äußert

a) in der Geringfügigkeit der syphilitischen Manifestation,
b) in einer erkennbaren degenerativen Veranlagung?


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ad 1. Französische Forscher haben zuerst auf die Möglichkeit hingewiesen, die syphilitischen und besonders die metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems könnten durch eine besondere Varietät des Virus, dem eine ausgesprochene Fähigkeit zukomme, das Zentralnervensystem zu schädigen, hervorgerufen werden. Zur Stütze dieser Hypothese wurde angeführt: die konjugale und familiäre Tabes und Paralyse, sowie die Häufungen von tabischen und paralytischen Erkrankungen bei Personen, die sich an einer Quelle infiziert hatten. Auch in Deutschland steht eine Reihe von Forschern dieser Möglichkeit wohlwollend gegenüber, so *Erb* und *Nonne*, welche aus ihrer Praxis entsprechende Erfahrungen mitgeteilt haben.

Hinsichtlich den Bestrebungen, aus dem Vorkommen der konjugalen tabischen und paralytischen Erkrankungen Schlüsse auf spezifische Qualitäten des Syphiliserregers zu ziehen, ist wohl mit Recht geltend gemacht worden, daß es sich hier doch um relativ seltene Vorkommnisse handelt. Wollte man wirklich eine Lues nervosa annehmen, so ist nicht einzusehen, warum so wenige der mit der substituierten Spirochaetenvarietät infizierten Ehegatten und Kinder von später tabisch oder paralytisch werdenden Luikern entsprechend erkranken. Man müßte vielmehr erwarten, daß die große Mehrzahl der solcher Art infizierten Personen tabisch oder paralytisch würde. *Nonne* hat in der neuen Auflage seines Buches: Syphilis und Nervensystem, gegenüber *Hübner*, der sich besonders entschieden gegen die Annahme einer Lues nervosa ausgesprochen hat, solche Einwendungen zu entkräften gesucht, indem er sagte, man komme natürlich auch bei der Akzeptierung einer Lues nervosa nicht über die weitere Annahme einer besonderen Disposition seitens des Infizierten hinweg. Im wesentlichen stellt dies ein Zugeständnis dar, daß die Reaktionsweise des Infizierten den Ausschlag gibt, und damit verringert sich das Bedürfnis, in das Virus noch besondere Eigenschaften zu verlegen.

Bedeutsamer sind schon die Beobachtungen, daß aus demselben Infektionsherd Gruppenerkrankungen an metasyphilitischen Prozessen zur Entwicklung gelangen. So hat *Nonne* u. a. mitgeteilt, 3 befreundete Männer hätten in einer Nacht mit einer syphilitischen Puella koitiert,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1 wurde tabisch und 2 paralytisch. *Erb* sah sogar, daß 5 untereinander nicht verwandte Männer, die mit derselben Puella koitiert hatten, sämtlich tabisch oder paralytisch wurden. Eine Reihe ähnlicher Beobachtungen findet sich in der Literatur, und geradezu einen Weltruf hat die *Brosius*sche Mitteilung erlangt, daß von 7 Glasbläsern, die von einem Kameraden durch eine Glaspfeife am Munde infiziert wurden, später 2 tabisch und 2 paralytisch wurden. Da es sich hier doch eigentlich nur um Kuriosa aus der Praxis vielbeschäftigter Ärzte handelt, wird man es niemandem verargen dürfen, der meint, es brauche sich dabei um nicht mehr zu handeln als um zufällige Konstellationen.

Es würde vielleicht noch eher einleuchten, für die Gruppe der in den ersten Jahren einsetzenden luischen Hirnerkrankungen Erreger, die mit besonderer Affinität zum Zentralnervensystem ausgestattet sind, zu postulieren, obwohl man nirgendwo auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten bei Erkrankungen mit so variabler Lokalisation, wie die Syphilis sie aufweist, jemals solche Möglichkeiten ventiliert und sich mit der viel plausibleren Annahme von zufälligen metastatischen Verschleppungen oder von Organdispositionen begnügt hat. Daß nun aber Mikroben elektive Wirkungen ausüben, die sich erst nach Jahrzehnten manifestieren, ist in hohem Grade unwahrscheinlich. Die Erörterungen solcher primärer Qualitäten der Mikroben sind natürlich zu trennen von Vorstellungen, die man sich etwa über im späteren Verlauf der Infektion eintretende, akquirierte toxische Wirkungen eines Virus machen könnte.

Ehrmann hat, auf Grund seiner Studien über die Verteilung der Spirochaeten im Gewebe, eine Propagation derselben in den Nervenscheiden bzw. in den Nervenbündeln für wahrscheinlich erklärt, wodurch es seines Erachtens zu einer direkten Fortleitung der Mikroben auf das Zentralnervensystem und zur Entstehung von luischen oder metaluischen Erkrankungen dortselbst kommen könne. Bei Schnitten durch die tieferen Partien des Primäraffektes fand *Ehrmann* Spirochaeten in den Nerven und den Nervenscheiden, und hieraus ergaben sich ihm die angeführten Schlüsse. *Levaditi* hat wohl mit Recht geltend gemacht, daß *Ehrmann*, wenn er seine Anschauungen von einer Wanderung der Spirochaeten die Nerven entlang glaubhaft hätte machen wollen, hätte untersuchen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen, ob nicht nur im Bereiche der Initialsklerose, sondern auch noch in einiger Entfernung die Nerven spirochaetenhaltig seien. Denn in den tieferen Schichten der Initialsklerose ist, wie *Levaditi* betont, die Verbreitung der Spirochaete eine so diffuse, daß eben alle Gewebsteile von ihr durchsetzt sind. Man wird also, bis die von *Levaditi* aufgestellten Bedingungen eine positive Erledigung gefunden haben, sich den Anschauungen *Ehrmanns* gegenüber reserviert verhalten müssen.

Alles in allem sind, um es noch einmal zusammenzufassen, die Grundlagen für die Annahme einer Syphilis à virus nerveux durchaus ungenügende.

ad 2 a. Es ist eine vielfach bemerkte Erscheinung, daß die Syphilis bei Personen, die späterhin an metasyphilitischen Affektionen erkranken, auffallend milde verläuft. Für diese, wenn auch sehr verbreitete, aber bisher doch nicht sicher kontrollierbar gewesene Auffassung hat *Fournier* kürzlich eine exakte Unterlage geschaffen. Aus seinem großen Material hat *Fournier* 83 Paralytiker hinsichtlich des Verlaufs der Syphilis „depuis le chancre jusqu' à la péri-encephalite" verfolgen können, und nur 3 dieser Kranken hatten einmal tertiäre Erscheinungen gehabt; 8 zeigten sowohl der Zahl wie der Intensität nach mäßige sekundäre Exantheme, 70 hatten nur vorübergehend einmal eine Roseola oder Schleimhautplaques oder eine Alopecie und nichts weiter, und 2 Kranke hatten außer dem Primäraffekt überhaupt niemals Zeichen von Syphilis dargeboten. Auf der anderen Seite konnte *Fournier* unter 243 schwer verlaufenen Fällen aus seiner Praxis keinen einzigen ausfindig machen, der paralytisch geworden war. Der Unterschied ist so evident, daß man *Fournier* zustimmen muß, wenn er folgert: „Paralysies générales succèdent d'une façon très habituelle, quasi-constante, à des syphilis de modalité bénigne."

Fournier deutet nun weiterhin seinen Befund so, daß er annimmt, die Paralyse entwickle sich besonders häufig bei klinisch leicht affizierten Syphilitikern, weil diese infolge der geringen Zahl und der Flüchtigkeit der Symptome die Behandlung vernachlässigen. *Fournier* teilt nämlich die Auffassung derer, die glauben, es könne durch energische antisyphilitische Therapie der Entwicklung von Paralyse und Tabes vorgebeugt werden. Ob der Zusammenhang ein derartiger


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, muß als sehr fraglich angesehen werden. Denn einmal sieht man, was auch *Fournier* selbst zugibt, oft genug trotz gründlichster Behandlung die Paralyse eintreten, und die Aufstellungen, die man bei uns zur Ergründung dieser Beziehungen gemacht hat (genannt sei unter den kürzlich erschienenen die von *Schuster*), geben keinen rechten Anhaltspunkt für die Annahme einer prophylaktischen Bedeutung der Quecksilberkuren. Dann aber sprechen gegen die *Fournier*sche Auffassung noch entscheidender die Beobachtungen, die man über die Beziehungen zwischen Lues und Paralyse bei den Eingeborenen subtropischer und tropischer Länder gemacht hat. Fast überall in den Tropen ist die Syphilis außerordentlich verbreitet, von einer antisyphilitischen Behandlung ist meist gar nicht die Rede, und fast übereinstimmend wird berichtet, Tabes und Paralyse gehören dort zu den größten Seltenheiten. Diese Beobachtung läßt sich besonders schwer vereinigen mit der Bedeutung, die *Fournier* der Therapie beimißt.

Andererseits geben die Berichte aus den Tropen der *Fournier*schen Lehre von der Wichtigkeit der Verlaufsform der Syphilis für die Entwicklung der Paralyse eine starke Stütze. Denn fast regelmäßig verläuft dort, wo Tabes und Paralyse sich nicht oder sehr selten findet, die Syphilis besonders schwer; tertiäre Formen setzen häufig schon einige Monate nach der Infektion ein, besonders schwere Knochenaffektionen werden in großer Zahl beobachtet. Es scheint also, als ob die Personen, die an metasyphilitischen Affektionen erkranken, von vornherein gegenüber der Syphilis eine einheitliche und besondere Reaktionsweise darbieten, worin sich möglicherweise schon ihre Prädestination dokumentiert.

Es wäre vielleicht lohnend, unter diesem Gesichtswinkel einmal Nachforschungen zu veranstalten über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes und Paralyse bei im Senium akquirierter Syphilis. In der Literatur finden sich einzelne Angaben über Fälle, bei denen der im Greisenalter akquirierten Syphilis die Tabes bzw. die Paralyse auffallend schnell folgte, in Abständen von 4, 3 oder gar 2 Jahren. Andererseits wird von einer Anzahl von Syphilidologen, so von *Siegmund* behauptet, im Greisenalter verlaufe die Syphilis auffallend milde, während allerdings andere das Gegenteil behaupten. Besonders wird hervorgehoben, wie mir dies auch, auf


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meine Erkundigung hin, von dermatologischer Seite wiederholt bestätigt wurde, daß bei Greisen die Schwellung der regionären Drüsen entweder ganz fehle oder sehr gering sei. Da sich nun hier wohl die ersten Vorpostengefechte mit dem invadierten Virus abspielen, ließe sich dieses Verhalten vielleicht im Sinne einer herabgesetzten Reaktionsintensität des lymphatischen Apparates deuten.

Will man diesen Gedanken weiterspinnen, so könnte man den milden Verlauf der Syphilis bei nachfolgender schwerer metasyphilitischer Erkrankung etwa auch als Folge eines primär dem Syphilisvirus gegenüber abnormen Abwehrmechanismus ansehen. Hinzugefügt sei, daß die Studien über die Verteilung der Spirochaete im Gewebe gelehrt haben, daß eine unzweifelhafte Affinität der Spirochaete zum Lymphsystem besteht, und daß die Einwanderung derselben fast ausschließlich in den Lymphbahnen erfolgt.

ad 2 b. Wir nähern uns hier der Frage der Disposition zur Erkrankung an Paralyse, die ja bereits häufig ventiliert wurde. Ich brauche aber wohl in diesem Kreise nicht auf die Beziehungen, die man zwischen Heredität bzw. Degeneration und Disposition zur Erkrankung an Paralyse hat herstellen wollen, einzugehen. Eine befriedigende Formel, darüber können wir wohl einig sein, ist bisher nicht gefunden worden. *Näcke*, *Schüle* und ihren Anhängern, die eine greifbare Prädisposition durch psychische Minderwertigkeit der Aszendenz sowie durch körperliche Degenerationszeichen und erkennbare psychische Anomalien des Befallenen für vorliegend erachten, steht die Mehrzahl der zeitgenössischen Autoren nicht sehr geneigt gegenüber. Und es ist wohl kaum zu bestreiten, daß bei fast keiner psychotischen Störung die Anhaltspunkte für hereditäre Einflüsse so gering sind wie bei der Paralyse. Trotzdem kann *Näcke* mit seinem paralyticus natus recht haben, wenn er nur später syphilitisch Werdende als solche gelten läßt, und sich dazu versteht, zuzugeben, daß die wohl unbestreitbar vorliegende Disposition sich nicht in den Merkmalen, die er angegeben hat, erschöpft. Die Besonderheit des Verlaufs der Syphilis des späteren Paralytikers legt überhaupt den Gedanken nahe, daß eine Vorbedingung für die Entstehung der Krankheit weniger in einer eigentlichen Gehirndisposition zu suchen ist als in einer primär abnormen Reaktion des Gesamtorganismus auf den Syphiliserreger.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch an dieser Stelle sei auf die bereits erwähnte Seltenheit des Auftretens der Paralyse bei einer Reihe von Völkern der Tropen trotz weitester Verbreitung der Syphilis hingewiesen; da höchst differente Rassen ein ganz übereinstimmendes Verhalten zeigen, ist es nicht recht wahrscheinlich, daß die Rassenfrage eine erhebliche Rolle dabei spielt; schon eher ließe sich mit der Möglichkeit rechnen, daß die Syphilis erst, nachdem sie durch mehrere Generationen hindurchgegangen ist, Anlaß zur Entstehung der Paralyse gibt, daß also Stämme, in denen die Syphilis noch eine neuartige Krankheit darstellt, weniger gefährdet sind.

Für die Beurteilung dieser Frage bedarf es noch genauerer Einzelstudien.

Sichergestellt ist immerhin, daß die Syphilis, wenn sie frisch in ein bisher unberührtes Land eingeschleppt wird, besonders schwere Formen zeigt und vielfach einen epidemischen Charakter annimmt. Da nun aber Relationen zwischen der Schwere der syphilitischen Erkrankung und der Seltenheit der Entwicklung der Paralyse zu bestehen scheinen, liegen vielleicht der ungleichen geographischen Verbreitung der Paralyse die gleichen Ursachen zugrunde, wie der anscheinenden Willkür in der Auslese einzelner Syphilitiker in bereits lange von der Syphilis heimgesuchten Ländern. Sollte die ziemlich allgemein verbreitete Auffassung, daß für Europa die Paralyse eine relativ neuartige, nicht über das Ende des 17. Jahrhunderts zurückreichende Erkrankung ist, durch allerdings noch ausstehende historische Forschungen ihre Bestätigung finden, so würden wir ja auch hier sozusagen eine Karenzzeit von etwa 200 Jahren vor uns haben, während der sich die Syphilis von der akuten Lustseuche zu einer vielfach milde verlaufenden, chronischen Infektionskrankheit umgewandelt hat.

Setzen im Verlauf der Syphiliserkrankung exogene Schädigungen ein, welche die Entstehung der Paralyse herbeiführen können?

Es erübrigt sich nach dem Vorausgesagten, auf die Möglichkeit einzugehen, daß eine exogene Beeinflussung die Kardinalursache der Paralyse sein könne. Da es sich stets um Syphilitiker handelt


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und es zudem recht wahrscheinlich ist, daß während der Paralyse noch die Syphilis im Gange ist, kommt den äußeren Einflüssen wohl höchstens eine begünstigende oder auslösende Wirkung zu. Als die bedeutsamsten Faktoren gelten hier der Alkoholismus, das Trauma und die geistige Überanstrengung; von der Meinung, sexuelle Ausschweifungen könnten eine entscheidende Bedeutung gewinnen, ist man allmählich ziemlich allseitig zurückgekommen, und obwohl es keine Infektionskrankheit gibt, die nicht schon einmal von dem einen oder dem anderen als der äußere Anlaß zur Entwicklung der Paralyse angeführt wurde, unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß es sich auch hier nicht um wichtige Momente handelt.

Die Autoren, welche die exogenen Wirkungen gering einschätzen, haben in der *juvenilen Paralyse* eine geradezu experimentelle Stütze für ihre Auffassung gefunden. Wir sehen hier, daß sich allein auf dem Boden der hereditären Syphilis, vielleicht oder sehr wahrscheinlich unter Mitwirkung einer Reihe vorläufig nicht erkennbarer endogener Einflüsse, aber jedenfalls ohne Alkoholismus, ohne Trauma und ohne surménage nerveux die der Paralyse des Erwachsenen völlig entsprechenden Störungen entwickeln. Es ist dies gewiß ein Einwand gegen die Wichtigkeit der genannten äußeren Schädigungen von einer kaum zu widerlegenden Eindeutigkeit. Man hat unter der Wirkung dieser Tatsache vielfach versucht, sozusagen ein Rückzugsgefecht zu eröffnen, indem man sich auf die Aszendenz zurückzog und den Alkoholismus und die geistige Erschöpfung der Eltern als begünstigende Momente für die Entstehung der kindlichen Paralyse heranzog. Nun sind aber exogene Schädigungen, welche die Eltern treffen, in ihrer Wirkung auf die Deszendenz nicht mehr als exogene anzusehen und bedürfen hier nicht der Erörterung.

Wenn wir hier zuerst den *Alkoholismus* berücksichtigen, so ist sein Einfluß besonders in Frankreich sicherlich überschätzt worden. Die Ansichten stehen sich bei den einzelnen Autoren oft diametral entgegengesetzt gegenüber, und es ist nicht ohne Reiz, zu verfolgen, wie es den enragierten Syphilisanhängern stets gelang, aus ihren Statistiken zu beweisen, daß der Alkohol *keine* ätiologische Rolle spiele, während sich aus den Statistiken des anderen Lagers ergab, daß gerade schwere Alkoholiker besonders häufig paralytisch werden. *Fournier*, dessen Beobachtungen besonders wertvoll sind,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weil sie sich nicht auf Spitalfälle, sondern auf Kranke seiner Klientel, die er dauernd im Auge behalten hatte, beziehen, fand bei seinen 112 Paralytikern nur in 5 Fällen Alkoholismus, *Hirschl* konnte nur in 8,5% seiner Fälle Alkoholabusus nachweisen, *Obersteiner* fand bei seinen Paralytikern aus besseren Ständen sogar nur in etwa 1,6% schweren Alkoholismus. Auf der anderen Seite fanden *Oebeke* in 43%, *Mairet* und *Vires* in 48% und *Macdonald* gar in 75% Alkoholismus in der Anamnese der Paralytiker. Die großen Unterschiede erklären sich wohl zu einem erheblichen Teil aus der Dehnbarkeit des Begriffes Alkoholismus.

Wir pflegen in unserer Klinik möglichst exakte Erhebungen über die Menge des habituell konsumierten Alkohols anzustellen und zwar bei allen Krankheitsformen, die uns zugehen. Als Alkoholismus bezeichnen wir einen täglichen gewohnheitmäßigen Konsum von 2 Liter Bier und darüber. Eine Zusammenstellung der Prozentzahlen der Alkoholisten unter den männlichen Aufnahmen der Jahre 1906 und 1907 ergibt folgendes Bild:

Epilepsie	75 %
Psychopathie	52,6%
Imbezillität	51 %
Traumat. Neurosen	45 %
Dementia praecox	42 %
Hysterie	41,8%
Paralyse	41,2%
Dementia senilis	39,5%
Man.-depr. Irresein	26,6%

In dieser Zusammenstellung nimmt somit die Paralyse keine bevorzugte Stelle ein, und es ergibt sich ein ähnliches Verhältnis, wie es *Stark* in Stephansfeld gefunden hat, wo der Alkoholmißbrauch bei Paralytikern mit 22,7% hinter dem sich auf 29,4% belaufenden Alkoholmißbrauch der Gesamtaufnahmen zurückblieb. Es sprechen eine Reihe von Beobachtungen zugunsten der Auffassung, daß der Alkoholismus eine nicht unwichtige Hilfsursache ist, so die relative Seltenheit der Paralyse bei den im wesentlichen abstinent lebenden Türken, das Anwachsen der Paralysefälle bei Naturvölkern nach der bei ihnen infolge der kulturellen Erschließung erfolgten Alkoholi-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sierung usw., aber schließlich sind alle Einzelbeobachtungen nicht völlig überzeugend, es trifft meist eine so große Reihe von oft schwer eruierbaren Einzelbedingungen zusammen, daß eine so recht zwingende Beweisführung für die Bedeutung des Alkoholismus für die Paralyse nicht als gelungen anzusehen ist.

Ganz ähnlich liegen die Dinge beim Trauma. Hier trifft man deshalb oft besonders schwierige Verhältnisse an, weil man es vielfach nicht ausschließen kann, daß die Beschädigungen bereits in ursächlichem Zusammenhang mit der durch die beginnende Paralyse bedingten Unsicherheit und Unachtsamkeit stehen, bzw. infolge eines paralytischen Anfalles zustande kommen. Die Frage der Beziehung des Traumas zu der Paralyse hat ja durch die Unfallversicherung eine erhebliche praktische Bedeutung gewonnen, und wir befinden uns hier in derselben Unsicherheit, in der sich die gesamte Medizin einer größeren Reihe von Krankheitsformen gegenüber befindet. Die traumatische Entstehung der Krankheiten ist ein großes Kapitel, und es gibt eben nicht viele Affektionen, wo ihr nicht schon eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle beigemessen worden ist. Genannt sei die traumatische Entstehung der Phthise, der kroupösen Pneumonie, der Peritonitis, der Appendizitis, der Osteomyelitis, der Nephrolithiasis, der Myelitis, der Syringomyelie, der multiplen Sklerose, der Paralysis agitans und dann besonders der malignen Tumoren, von denen z. B. *Ziegler* die Mammacarcinome in 43% der Fälle auf traumatische Einwirkung zurückführt, während andere sich fast gänzlich ablehnend verhalten. Hier herrscht also fast auf der ganzen Linie das gleiche Dilemma, und darum brauchen wir nicht zu ängstlich zu sein, wenn wir dem Trauma in besonderen Fällen eine auslösende Wirkung zuschreiben wollen, aber wir müssen uns darüber klar sein, daß wir uns hier auf einem sehr wenig geklärten Terrain bewegen.

Der geistigen Überanstrengung und einer Reihe weiterer psychischer Einflüsse, so gemütlichen Erregungen, Not, Angst, Sorge, den schädigenden Einflüssen unseres modernen Kulturlebens überhaupt, mißt man eine vorbereitende und auslösende Einwirkung bei; manche sind sogar geneigt, hierin das Wesentliche zu sehen und der Syphilis nur eine, die lokale Disposition schaffende Rolle zu verstatten. Ebenso wie die behauptete Zunahme der Paralyse im Laufe der letzten Jahr-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zehnte in dem westlichen Europa durch die besonders von *Krafft-Ebbing* herangezogenen soziologischen Faktoren (Änderung der sozialen Verhältnisse, Vernichtung des Kleingewerbes, Niedergang der Landwirtschaft, Zunahme der städtischen Bevölkerung) mit bedingt sein soll, soll die Aufrüttlung der Naturvölker aus ihrer einfachen und ruhigen Lebensweise, wie das besonders anschaulich hinsichtlich des früher so ungestört gewesenen, fatalistischen Phlegmas der Mohammedaner in Algier geschildert wird, dort die früher unbekannte Paralyse geweckt haben. Es handelt sich nun meist um eine Veränderung der Lebensbedingungen, die der Verbreitung der Syphilis besonders günstig ist, und es ist sehr schwer, dem polymorphen Begriff der Zivilisation, in dem ja wieder der Alkohol seinen Platz findet, klare Einzelwirkungen abzuringen.

Allen diesen exogenen Einflüssen mag, soweit sie eine Schwächung der körperlichen und psychischen Widerstandsfähigkeit herbeiführen, eine unterstützende Rolle für die Entstehung der Paralyse zukommen, ebenso wie dies für eine ganze Reihe chronischer Infektionskrankheiten der Fall ist; daß es sich aber um essentielle Einwirkungen handelt, läßt sich schwer beweisen.

Das Wesen der Paralyse.

1. Inwieweit lassen sich die verschiedenen Hypothesen des Entstehungsmechanismus der Paralyse auf luischer Basis in Einklang bringen mit den ihnen anscheinend entgegenstehenden klinischen Eigentümlichkeiten der Erkrankung?

Das Suchen nach exogenen Einflüssen findet zum Teil wohl seine Erklärung darin, daß eine Reihe von Momenten sich mit der Annahme einer ausschließlichen Syphiliswirkung für die Entstehung der Paralyse nicht recht vereinigen läßt. Abgesehen von dem bereits früher erörterten Mangel einer Übereinstimmung in der Häufigkeit von Lues und Paralyse in den verschiedenen Ländern, und abgesehen von der Meinung derjenigen, denen der mißlungene anamnestische Nachweis der Infektion Grund genug gibt, dieselbe auszuschließen, sollen sich besonders drei Tatsachen schwer mit der Annahme einer reinen Syphilisätiologie der Paralyse vereinbaren lassen, und zwar 1. der Um-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stand, daß nur eine so kleine Gruppe von Syphilitikern an Tabes oder Paralyse erkrankt; 2. daß die Nachkrankheiten in so weiter zeitlicher Entfernung von der Infektion auftreten und schließlich 3. daß die antiluische Therapie sich völlig unwirksam erweist.

Diese drei Einwände beweisen an sich nichts gegen die einheitliche syphilitische Ätiologie der Paralyse; ein sorgfältiges Eingehen auf dieselben wird uns ihre geringe Stichhaltigkeit vor Augen führen, und gerade ihre Besprechung wird es uns ermöglichen, alle die mehr oder weniger hypothetischen Vorstellungen, die man sich über die Beziehungen zwischen Syphilis und Paralyse schon in früherer Zeit und letzthin wieder, angeregt durch die jüngsten Fortschritte, gemacht hat, zu berühren.

Der erstgenannte Einwand ist wohl am wenigsten ernst zu nehmen. Wir wissen nicht genau, wie groß in unseren Zonen der Prozentsatz der Luiker ist, die später an Paralyse erkranken, aber wir haben Grund anzunehmen, daß er etwa 1% bis 2% der Infizierten beträgt. Die wertvollste Stütze für diese Berechnung stellen die Untersuchungen von *Matthes* dar, der das Schicksal der während einer bestimmten Zeit in der Jenenser Klinik wegen Lues in Behandlung gestandenen Kranken über einen Zeitraum von 20 Jahren verfolgt hat und 1% bis 2% von ihnen an Paralyse erkrankt fand. Wir müssen daraus schließen, daß im allgemeinen die Disposition des Gehirns, den Schädigungen zu unterliegen, welche die paralytischen Veränderungen hervorrufen, keine sehr große ist. Aber dies allein darf uns nicht die Unabhängigkeit der Paralyse von der Syphilis annehmen lassen. Schon ein Blick auf die geringe Häufigkeit des Auftretens tertiärer Erscheinungen muß uns davon zurückhalten. Auch hier sehen wir, daß nur ein kleiner Teil erkrankt. *Marschalko* hat als Durchschnitt der Luiker, die in Deutschland im Verlaufe ihrer Erkrankung einmal tertiäre Erscheinungen aufweisen, die Prozentzahl 7,4 ermittelt. Nach *Marschalko*s Mitteilung haben die Aufstellungen der Charité in Berlin sogar nur 3,3% Tertiarismus ergeben. Wir sehen also schon eine andere bedeutsame Gruppe luischer Veränderungen nur bei einer Minderzahl der Infizierten auftreten, und wenn wir für die metasyphilitischen Erkrankungen noch das Hinzutreten besonderer, endogener, mit der


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Syphilis nur entfernt oder gar nicht zusammenhängender Momente in Anspruch nehmen, so müßte dies in gleicher Weise gegenüber dem Tertiarismus geschehen. In der Tat sind bis in die allerjüngste Zeit hinein ganz gleichartige Hypothesen auch hier aufgetaucht. Ebenso wie für die Nachkrankheiten von *Strümpell* und *Möbius* angenommen wurde, daß nicht der Erreger der Syphilis beteiligt sein könnte, sondern vielmehr in irgendeiner Weise im Verlaufe der Infektion zur Bildung gelangende Toxine die Störungen hervorrufen, haben *Finger* und seine Schule für die tertiären Produkte der Syphilis behauptet, der Erreger der Syphilis spiele hier überhaupt keine Rolle, sondern es handle sich hier um Erkrankungen, die durch toxische Substanzen hervorgerufen würden. Für die Auffassung wurde geltend gemacht: die histologische Eigenart der Produkte, das Fehlen der Infektiosität und die Tatsache, daß die tertiären Erscheinungen auf Jod reagieren, während die „echten" luischen Veränderungen sich Jod gegenüber indifferent verhalten. Gerade *Finger* in Gemeinschaft mit seinem Mitarbeiter *Landsteiner* gelang es nun, auf Grund experimenteller Studien in den jüngsten Jahren die eigene Toxinhypothese zu widerlegen. Einmal wurde, wie schon zuvor erwähnt, festgestellt, daß man in tertiären Syphiliden Spirochaeten finden kann, besonders aber, daß sie als Impfmaterial zur Entstehung gewöhnlicher Initialsklerosen beim Affen dienen können, daß also die gleichen Spirochaeten, welche in dem tertiär syphilitischen Organismus gummöse Neubildungen hervorrufen, im intakten Organismus gewöhnliche, primäre Lues erzeugen. Umgekehrt gelang es, wie nun gerade *Finger* und *Landsteiner* gelehrt haben, bei der Einimpfung von aus primären oder sekundären Herden stammendem Material b e i T e r t i ä r e n Impfprodukte zu erzielen, die völlig die Merkmale der tertiären Lues aufwiesen. Dadurch ist es in hohem Grade wahrscheinlich gemacht, daß keine Qualitätsdifferenzen der Spirochaeten für die Verschiedenheit der luischen Krankheitserscheinungen maßgebend sind, sondern daß die Unterschiede durch eine veränderte Reaktionsweise des Infizierten gegenüber den unverändert gebliebenen Spirochaeten veranlaßt werden. Hierdurch ist der zuerst von *Hutchinson* geschaffene und von *Neisser* und den meisten anderen zeitgenössischen Syphilidologen übernommene Begriff der U m s t i m m u n g der Gewebe im Verlauf der Syphilis experimentell gestützt worden. Es wäre ja nun


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

naheliegend, der Meinung Ausdruck zu geben, daß auch die sogenannten Nachkrankheiten lediglich der Ausdruck eines weiteren Grades der Gewebsumstimmung sein könnten; gegenüber dem Einwand, daß das gleichzeitige Auftreten von gummösen Produkten, das man bei der Tabes und bei der Paralyse in nicht gar zu wenigen Fällen beobachtet hat, sich mit einer derartigen Auffassung nicht vertrage, könnte man hinweisen auf das Nebeneinanderbestehen sekundärer und tertiärer Veränderungen, einer Tatsache, mit der sich die Syphilidologen in der Weise abgefunden haben, daß sie eine nicht gleichmäßig auftretende, sondern partiell sich entwickelnde Umstimmung annehmen. Es sind jedoch zurzeit nicht die Unterlagen für die Vertretung einer solchen Annahme gegeben, solange die Spirochaete bei der Paralyse nicht gefunden ist, und solange die Anatomen die Gewebsveränderungen nicht als luische bezeichnen. Trotzdem schien es mir nicht unangebracht, diese Gesichtspunkte, die sich aus dem weiteren Begriff der Pathologie der Syphilis ergeben, zu erwähnen, wie denn überhaupt die Paralyseforschung sich als Teil der Syphilisforschung zu betrachten hat und immer wieder versuchen muß, Beziehungen zu ihr anzuknüpfen. Um auf unsere Ausgangsfrage zurückzukommen, besagt also der Umstand, daß nur so wenige Syphilitiker paralytisch werden, möglicherweise nicht mehr, als daß die Umstimmung, die nur bei einem kleinen Teil zum Tertiarismus führt, bei einer noch kleineren Gruppe darüber hinausgeht und daher nur bei wenigen die Vorbedingungen für die Entwicklung der Paralyse schafft; wodurch dann der Prozeß selbst in Szene gesetzt wird, ist allerdings eine weitere und die wesentlichste Frage.

Auch der zweite Einwand, der aus dem großen zeitlichen Abstand wischen Infektion und Paralyse Gründe gegen einen kausalen Zuımmenhang ableitet, besagt nicht viel. Es ist allerdings ungemein hwer, sich eine befriedigende Vorstellung darüber zu machen, wie kommt, daß 15 Jahre und mehr verstreichen können, bis auf einmal so abgeänderter Form die Syphilis sich dokumentiert. Vor allem müßte larheit darüber erzielt werden, ob wirklich erst nach so langer Zeit s vorher von der Syphilis nicht affiziert gewesene Gehirn erkrankt, oder vorbereitende Prozesse sich bereits Jahre hindurch abgespielt haben.

Die zytologischen Untersuchungen der Spinalflüssigkeit haben s das erstaunliche Ergebnis gebracht, daß nicht nur bei klinisch


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erkennbaren luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, sondern auch bei anscheinend nervös nicht erkrankten Luikern im floriden und latenten Stadium sich recht häufig ein vermehrter Zellgehalt der Spinalflüssigkeit findet. Nach den neuesten Zusammenstellungen *Nonnes* haben 40% solcher Luiker deutliche Lymphozytose. Da nun anzunehmen ist, daß der vermehrte Lymphozytengehalt der Spinalflüssigkeit fast stets der Ausdruck infiltrativer Prozesse in der Pia ist, müssen wir annehmen, daß die Syphilis zu mehr oder weniger vorübergehenden Reizzuständen der Meningen gar nicht selten führt. Diese Befunde verdienen gewiß ernste Beachtung und ein sorgfältiges weiteres Studium, denn es liegt auf der Hand, daß sie die Vermutung entstehen lassen müssen, es könnte etwa durch jahrelange entzündliche Prozesse der Pia ein die Paralyse vorbereitender Einfluß stattfinden. Auf diese Möglichkeit war schon früher von *Hirschl* hingewiesen worden, zu einer Zeit, in der die zytologischen Untersuchungen noch nicht üblich waren. *Hirschl* hatte sich gestützt auf eine Hypothese aus dem Gebiete der tertiären Syphilis, und zwar auf die *Lang*sche Auffassung, daß ein Organ, das gummös erkrankt, in der Frühperiode der Syphilis schon irritativ erkrankt gewesen sein müsse, und er hatte der Ansicht Ausdruck gegeben, daß die in der Frühperiode der Syphilis häufig klinisch zu beobachtende Meningealirritation in einer entsprechenden Beziehung zur später sich entwickelnden Paralyse stehen könnte. Es ist nicht zu bestreiten, daß die zytologischen Ergebnisse sich im Sinne der *Hirschl*schen Auffassung verwerten lassen können, es ist dies aber ein Kapitel, durch dessen weitere Behandlung ich mich einer Grenzüberschreitung gegenüber dem anatomischen Referenten schuldig machen würde.

Im übrigen sind auch die Anschauungen, die man sich in Würdigung der serologischen Befunde gebildet hat, im allgemeinen der Annahme günstig, der Manifestation der Paralyse gingen lange Zeit hindurch vorbereitende Einwirkungen voraus. Es ist jedoch vorauszuschicken, daß wir uns hier auf ganz hypothetischem Gebiet bewegen. Worauf bereits zuvor hingewiesen wurde, sind eine Reihe von sehr wesentlich voneinander abweichenden Anschauungen über die biologische Stellung der Substanzen, die wir durch die Serodiagnostik nachweisen, nacheinander aufgetaucht. Damit ist keineswegs gesagt, daß eine Auffassung die andere widerlegt hat, vielmehr bestehen sie


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch immer nebeneinander, und jede hat ihre Anhänger. Jede der verschiedenen biologischen Grundanschauungen hat uns nun ihre eigene Hypothese über die Entstehung der metasyphilitischen Erkrankungen gebracht.

Als es anfangs noch sicher zu stehen schien, daß man in den Körperflüssigkeiten der Paralytiker Antikörper gegenüber echten luischen Substanzen nachgewiesen habe, und der Eindruck gewonnen war, sie seien besonders reichlich in der Spinalflüssigkeit enthalten, wurde von *Wassermann* daran gedacht, die Zelldegeneration bei Paralyse und Tabes sei die Folge einer durch viele Jahre hindurch fortgesetzt stattgehabten Antikörperproduktion, die allmählich die Zellen erschöpfe.

Als dann festgestellt wurde, daß auch wässerige Auszüge aus normalen Geweben hin und wieder gegenüber luischen und metaluischen Seris reagieren, wurde die Meinung laut, die luischen Antikörper seien Antikörper, die nicht gegen einen luischen Stoff, sondern gegen das eigene Körpereiweiß gerichtet seien. Die Nutzanwendung auf Tabes und Paralyse wurde sehr bald von *Weil* und *Braun* gezogen, und es wurde von ihnen folgendermaßen argumentiert:

Bei der Syphilis findet ein fortgesetzter Zellzerfall statt; die aus den Zellen stammenden, abgebauten Stoffe wirken als Antigene und lösen die Produktion von Autoantikörpern aus, die gegen menschliche Zellstoffe überhaupt gerichtet seien. Besitzt nun das abgebaute Eiweiß Giftigkeit für den Organismus, so würden die Antikörper die Giftigkeit erhöhen. Auf diese Weise wäre ein Vorgang denkbar, wo trotz Aufhörens der Infektion kreislaufartig Veränderungen zustande kommen, welche schwere allgemeine Stoffwechselstörungen im Sinne der Tabes und Paralyse herbeizuführen geeignet seien.

Nachdem dann die Alkohollöslichkeit der im serologischen Versuch wirksamen Organbestandteile erwiesen war und man infolgedessen diese nicht mehr als Eiweißsubstanzen ansehen konnte, sie vielmehr als den lipoiden Stoffen nahestehend bezeichnen mußte, man aber wußte, daß die Lipoide keine Antikörperproduktion auslösen, stellte man die ganze bisherige Auffassung auf den Kopf und sagte: Was bisher als Antikörper galt, sind überhaupt keine Antikörper, sondern es sind Toxine, die eine spezifische Affinität zu den Lipoiden, speziell zum Lezithin haben. Bei der Paralyse und bei der Tabes verbrauchen


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie diesen für das Leben der Zellen des Zentralnervensystems so wesentlichen Körper, und infolgedessen fallen diese Zellen der Degeneration anheim. Diese von *Wassermann* bereits einmal gestreifte Auffassung wurde besonders eingehend von *Peritz* vertreten.

Alle diese neuen Hypothesen, für die sich nicht sehr viel anführen und gegen die sich allerlei einwenden läßt, und von denen die zweitgenannte die unwahrscheinlichste ist, neigen jedenfalls dazu, einen von langer Hand sich vollziehenden, chronischen Prozeß für die Tabes und Paralyse verantwortlich zu machen und zwar einen Prozeß, der in loco allmählich anwachsende Schädigungen schafft.

Die Anschauungen, die sich *Kräpelin* über die Entstehungsweise der Paralyse gebildet hat, lassen auch die Möglichkeit zu, daß der Manifestation der Paralyse ein chronischer luischer Prozeß vorausgeht, daß dieser aber nicht im Zentralnervensystem einwirkt, sondern an anderer Stelle, in einem für den Gesamtstoffwechsel wesentlichen Organ. In dem Moment, in dem die Funktion dieses Organs schwer geschädigt oder völlig gelähmt ist, tritt dann, nach der Vorstellung *Kräpelins*, die allgemeine, tiefgreifende Stoffwechselerkrankung ein, als deren Teilerscheinung *Kräpelin* die paralytischen Veränderungen des Gehirns betrachtet.

Während alle übrigen Auffassungen, die einem allmählich sich vollziehenden, degenerativen Prozeß im Zentralorgan das Wort reden, insofern unbefriedigt lassen, als sie gar keine Erklärung für den plötzlich einsetzenden, rapiden Fortschritt der Erkrankung enthalten, können wir uns bei der *Kräpelin*schen Hypothese denselben durch eine plötzliche Überschwemmung des Organismus mit Stoffwechselgiften sehr wohl verständlich machen.

Im wesentlichen geht die Mehrzahl der Meinungen, wenn auch auf verschiedenen Wegen, dahin, eine luische Genese chronischer Art der Paralyse anzunehmen, und so erscheint es auch nicht verwunderlich, daß ein erhebliches Spatium zwischen Infektion und Manifestation der Paralyse verstreicht.

Auf den dritten Einwand, daß die Indifferenz der Paralyse gegenüber Quecksilber gegen ihre luische Natur spreche, ist vor allem zu erwidern, daß wir uns noch gar keine Vorstellung davon machen können, wie das Quecksilber einwirkt. Die drei von *Neisser* und anderen erörterten Möglichkeiten lauten:


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Tötung des Virus durch das Quecksilber und seine im Körper sich bildenden Verbindungen?
2. Handelt es sich um durch das Quecksilber angeregte Zellreaktionen, die das Virus beseitigen und unschädlich machen?
3. Handelt es sich um eine Entwicklungshemmung?

Die Ergebnisse der modernen Syphilisforschung und besonders die Untersuchungen von *Ehrmann* und *Levaditi* haben uns gezeigt, daß bereits im Primäraffekt die Spirochaeten von einem Wall von vorwiegend mononukleären Lymphozyten umgeben werden und, wie dies besonders von *Levaditi* betont wird, die Spirochaeten ihre Zerstörung ausschließlich durch die Phagozytose finden. Berücksichtigen wir diese Tatsache der rein intrazellulären Auflösung der Spirochaeten, so werden wir uns weniger leicht eine direkte Einwirkung des Quecksilbers auf das Virus als einen irgendwie die Phagozytose fördernden Einfluß vorstellen können. Wir nähern uns damit wieder der Auffassung von einer besonderen Umstimmung des Organismus, die sich bei der Paralyse möglicherweise auch in einer durch Quecksilber nicht mehr beeinflußbaren Zellreaktion äußern könnte, und so ließe sich vielleicht die Wirkungslosigkeit des Quecksilbers, auch wenn es sich noch um luische Vorgänge handelt, erklären. Tritt ja auch schon im tertiären Stadium die Umstimmung in einer veränderten Reaktionsweise hervor, indem es hier gelingt, eine therapeutische Beeinflussung durch Jod zu erzielen, die im primären und sekundären Stadium nicht vorliegt.

Diese Vorstellungen sind gewiß weit davon entfernt zu befriedigen, aber noch unvollkommener ist die Deutung, welche die Erklärung der Unbeeinflußbarkeit des paralytischen Prozesses in der bereits vorliegenden irreparablen Gewebszerstörung sucht. Wenn dies die Ursache wäre, so dürften wir doch wohl zeitweise Stillstände durch Quecksilberdarreichung erzielen können.

An dieser Stelle will ich noch auf eine Beobachtung hinweisen, die gleichfalls in den letzten Jahren gemacht wurde und auf die wohl sicherlich zutreffende Annahme ein Licht werfen kann, daß gelegentlich durch entzündliche, besonders durch purulente Zwischenerkrankungen eine günstige Einwirkung auf die paralytische Erkrankung stattfindet; *Wagner von Jauregg* und seine Schüler haben ja bekanntlich durch systematische Tuberkulineinspritzungen eine solche Veränderung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

künstlich herbeizuführen versucht. Vorausgeschickt sei, daß, wie vielleicht nicht allgemein bekannt ist, die Syphilidologen etwas ganz Ähnliches gegenüber den echten syphilitischen Prozessen gesehen haben; besonders darüber, daß durch den Einfluß eines Erysipels gummöse Neubildungen verschwinden können, ist vielfach berichtet worden. Man hat nun festgestellt, daß eine Invasion fremder Bakterien die Vermehrung der Spirochaeten hindert. Hierfür hat, wie *Levaditi* mitteilt, das histologische Studium des Schankers einen Beweis geliefert dadurch, daß man in den oberen Schichten der Ulzeration, in denen allerlei Bakterien in großer Menge vorhanden sind, die Spirochaeten entweder gar nicht oder nur sehr spärlich vorfindet, während sie dann in der Tiefe in großen Mengen auftreten. Ganz entsprechend glaubt *Neisser* bei seinen Affenversuchen eine deletäre Einwirkung auf das Syphilisvirus durch septische, im Anschluß an Dysenterie und Darmkrankheiten sich entwickelnde Allgemeinerkrankungen beobachtet zu haben; die Abimpfung von den inneren Organen von positiv infiziert gewesenen Affen gelang nämlich niemals, wenn diese an einer solchen Erkrankung zugrunde gegangen waren.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Indifferenz der Paralyse gegenüber Quecksilber etwas sehr Auffälliges ist. Da uns aber ebenso wie die Art des im Organismus gegebenen Abwehrmechanismus so auch die pharmakologische Wirkung des Quecksilbers so völlig unklar ist, haben wir vorläufig nicht das Recht, aus der Wirkungslosigkeit des Quecksilbers Schlüsse auf die Unabhängigkeit der Paralyse von der Syphilis zu ziehen; es liegen Möglichkeiten vor, deren weiteres Studium eine befriedigende Erklärung schaffen könnte.

2. Liegen positive Beweise für die Annahme vor, daß die paralytischen Veränderungen als solche luischer Art sind?

Die wesentliche Frage ist natürlich die, ob die paralytischen Veränderungen selbst luischer Natur sind, und wir können auf Grund einer Reihe von Erwägungen, die vorgetragen wurden, die Möglichkeit, daß eine bejahende Antwort der Wahrheit entspricht, nicht bestreiten, müssen aber betonen, daß ein sicherer Beweis für eine solche Annahme keineswegs zu führen ist. Die Entscheidung liegt einstweilen durchaus bei dem Anatomen. Wenn dort dekretiert wird: die histologische Eigenart des Befundes läßt eine luische Provenienz ausschließen,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen wir uns dabei bescheiden, und hierüber wird uns Herr Kollege *Fischer* belehren.

Die Versuche, welche wir gemacht haben, von serologischer Seite aus die Lösung der Frage in Angriff zu nehmen, basierten auf folgenden Erwägungen:

Die biologisch reagierenden Substanzen finden sich, wie durch zahlreiche, mit den unserigen übereinstimmende Befunde von *Stertz*, *Marie* und *Levaditi*, *Frenkel-Heiden*, *Kaffka*, *Edel*, *Nonne*, *Schütze* und vielen anderen festgestellt wurde, bei der Paralyse und bei der Tabes nicht nur im Blutserum, sondern auch in der Spinalflüssigkeit. Bei der Lues ohne Beteiligung des Zentralnervensystems ist, soweit die bisherigen Untersuchungen ein Urteil gestatten, die Reaktion der Spinalflüssigkeit stets negativ, selbst dann, wenn das Blut des betreffenden Kranken die stärksten Grade des positiven Ausschlags darbietet. Ganz ähnlich ist das serologische Verhalten der Fälle von Lues cerebri, wo auch neben dem in der Regel positiven Ausfall der Blutreaktion nur in seltenen Fällen einmal eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit zu beobachten ist. Ursprünglich schien es uns, als ob der Gehalt der Spinalflüssigkeit an den reagierenden Substanzen den des Blutes übertrifft, und dies gab uns Anlaß, in Analogie zu Beobachtungen, die man bei anderen Infektionskrankheiten über die Bildungsstätte der Antikörper gemacht hatte, die Vermutung zu äußern, die in der Spinalflüssigkeit bei Paralyse auftretenden „syphilitischen Antikörper" würden vom Zentralnervensystem ausgeschieden. Da nun ein Organ nur dann Antikörper produziert, wenn es von einem Antigen affiziert, d. h. in spezifischer Weise erkrankt ist, erschien es in der Anwendung auf die Paralyse nicht unberechtigt, es für wahrscheinlich zu halten, daß bei der Paralyse im Zentralorgan sich luische Prozesse abspielen. Damit wäre die syphilitische Natur der Paralyse bewiesen gewesen. Diese anfängliche Auffassung, daß man es mit syphilitischen Antikörpern zu tun habe, ist infolge der schon angeführten Entwicklung der Anschauungen über den biologischen Mechanismus der Reaktion zurzeit nicht mehr mit Sicherheit aufrechtzuerhalten; sie ist nicht etwa widerlegt, aber man kann mit ihr gegenwärtig nicht als mit einer Tatsache rechnen, und deshalb entfallen alle Schlußfolgerungen, die man geneigt war, aus ihr zu ziehen. Wir müssen uns zurzeit darauf beschränken


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu sagen: Eine in irgendeiner uns nicht bekannten, aber sicherlich sehr engen Beziehung zur Syphilis stehende Substanz findet sich bei einer Erkrankung des Zentralnervensystems, deren Zusammenhang mit der Syphilis durch vielfache Einzelfeststellungen zweifellos ist, in der Spinalflüssigkeit, während sie sich bei nervös nicht erkrankten Syphilitikern daselbst nicht, sondern nur im Blut findet. Wir werden für ihr Erscheinen in der Spinalflüssigkeit die paralytischen Prozesse in irgendeiner Weise verantwortlich machen müssen. Die Dinge könnten nun einfach so liegen, daß durch die paralytischen Gefäßveränderungen die normalerweise nicht bestehenden Bedingungen für den Durchtritt der biologisch reagierenden Substanzen aus dem Blut in die Spinalflüssigkeit geschaffen werden. In diesem Falle wäre natürlich kein Rückschluß auf die luische Natur des paralytischen Prozesses zu ziehen. Recht wahrscheinlich ist eine solche Deutung allerdings nicht. Wir wissen, daß kolloide und kristalloide Substanzen normalerweise nicht aus der Blutbahn in die Spinalflüssigkeit gelangen, und es wäre zu untersuchen, ob dieses Gesetz bei der Paralyse eine Änderung erfährt. Durch die Untersuchungen von *Widal* und *Sicard* wissen wir bereits, daß auch bei den Paralytikern das Jod nicht die Meningen passiert. Ich kann hinzufügen, daß sowohl das Komplement wie die hammelblutlösenden Normalambozeptoren des Blutes auch bei der Paralyse nicht in die Spinalflüssigkeit übertreten, aber diese Frage bedarf zu ihrer sicheren Entscheidung noch einer gründlicheren Bearbeitung. Verlaufen weitere Untersuchungen entsprechend den bisherigen Erfahrungen, was mir das Wahrscheinliche zu sein scheint, so bleibt nur die Annahme übrig, daß die Substanzen dem Zentralorgan direkt entstammen, und es wird dann von der endgültigen Lösung der Streitfrage über die biologische Stellung dieser Substanzen abhängig gemacht werden müssen, ob auf diesem Wege eine Klärung der Beziehungen zwischen Lues und Paralyse herbeigeführt werden kann.

Zusammenfassung.

1. Ohne vorausgegangene Syphilis gibt es keine Paralyse.

2. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch tätiges Virus im Körper vorhanden ist, daß somit die Paralytiker Spirochaetenträger sind.

3. Für die Annahme einer Syphilis à virus nerveux fehlen genügende Anhaltspunkte.

4. Die Tatsache, daß fast konstant die Syphilis bei später an Paralyse Erkrankenden auffallend milde verläuft, legt den Gedanken nahe, daß eine Vorbedingung zur Erkrankung in einem bereits in der Anlage begründeten, abnormen Abwehrmechanismus gegenüber dem Syphiliserreger gegeben sein könnte.

5. Die Versuche, zwischen Heredität bezw. Degeneration und Disposition zur Erkrankung an Paralyse Beziehungen herzustellen, haben bisher nicht zur Aufstellung einer befriedigenden Formel geführt; insbesondere erscheint es fraglich, ob man überhaupt mit einer eigentlichen Gehirndisposition zu rechnen hat.

6. Den exogenen Einflüssen (Alkoholismus, Trauma, funktionelle Überanstrengung des Zentralnervensystems usw.) kommt aller Wahrscheinlichkeit nach keine essentielle Einwirkung zu, sondern sie spielen nur die Rolle unterstützender Schädigungen insoweit, als sie eine Herabsetzung der körperlichen und psychischen Widerstandsfähigkeit herbeiführen.

7. Die Verschiedenheit, welche die syphilitischen Produkte in den einzelnen Stadien aufweisen, scheint nicht auf Qualitätsdifferenzen der Spirochaeten sondern auf eine sich allmählich vollziehende Veränderung der Reaktionsweise des Infizierten, „Umstimmung“, zurückzuführen zu sein. Da diese Umstimmung bereits bei einem nur kleinen Prozentsatz zum Tertiarismus führt, und da eine weitere Phase


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Umstimmung für die Paralyse in Frage kommen könnte, ist es nicht verwunderlich, daß nur eine so geringe Zahl von Syphilitikern paralytisch wird.

8. Eine Reihe von Erwägungen macht es wahrscheinlich, daß der Manifestation der Paralyse vorbereitende, chronisch syphilitische Prozesse voraufgehen; darüber, ob deren Lokalisation im Zentralorgan oder an einer anderen Stelle zu suchen ist, kann vorläufig kein Urteil abgegeben werden. Das Verstreichen eines langen Zeitraums zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse findet vielleicht hierin seine Erklärung.

9. Aus der Wirkungslosigkeit des Quecksilbers bei der Paralyse kann gegen deren Zusammenhang mit der Syphilis deshalb nichts gefolgert werden, weil wir über die pharmakologische Wirkung des Quecksilbers nichts wissen.

10. Für die Entscheidung der Frage, ob die paralytischen Veränderungen als solche syphilitischer Natur sind, müssen wir uns, vorläufig wenigstens, dem Urteil des Anatomen unterwerfen.

11. Die Ergebnisse der serodiagnostischen Untersuchungen lassen einen sehr engen Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues vermuten; da jedoch gegenwärtig keine sichere Beurteilung der biologischen Stellung der reagierenden Substanzen möglich ist, bleibt es abzuwarten, ob von dieser Seite aus eine endgültige Klärung herbeigeführt werden kann.

Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

II. Korreferat von Dr. **Oskar Fischer**-Prag über Lues und Paralyse (Anatomischer Teil).

M. H.! Herr Kollege *Plaut* hat Ihnen die Beziehungen der Paralyse und Syphilis vom Standpunkte der Ätiologie und der modernen Methoden ihres Nachweises dargestellt, und wenn mir nun die Aufgabe zukommt, die anatomische Seite der Lues-Paralyse-Frage zu behandeln, so kann ich naturgemäß nicht das eventuelle Zusammenfallen luischer Prozesse oder deren Residuen mit der Paralyse als Ausgangspunkt nehmen; denn die Registrierung aller sogenannten spezifisch luischen Organveränderungen bei den Paralysen würde zu einem viel weniger befriedigenden Resultat führen als die klinischen Methoden zum Nachweis der vorangegangenen Lues. Ich will vielmehr den pathologischen Prozeß dieser Erkrankungen einer genaueren Erörterung unterziehen, um auf diese Weise etwa in das Verhältnis zwischen Lues und Paralyse Einblick zu gewinnen.

Die Ansichten über die Paralyse haben im Laufe des vorigen Jahrhunderts wesentliche Änderungen erfahren. Zuerst von *Bayle* als eigene Krankheit angesehen, wurde die Paralyse später nur als Symptom des allgemeinen körperlichen Verfalls bei den verschiedensten Geistesstörungen aufgefaßt und avanzierte dann allmählich wieder zu einem selbständigen Krankheitsprozeß, der im allgemeinen verschiedene psychotische Symptome zeigend unter bestimmten körperlichen Störungen zu einer charakteristischen Demenz und zum Tode führt. Nachdem man die große Bedeutung der Lues für die Entstehung der Paralyse kennen gelernt hatte, entwickelte sich auch die Lehre von der sogenannten diffusen Lues cerebri. Wenn man nun die Literatur mit der Absicht durchgeht, etwas über das Wesen dieser diffusen Lues cerebri zu erfahren, so trifft man überall nur auf Ansichten, Äußerungen, Erklärungen, aber mit Ausnahme sehr geringer Fälle nirgends eine einwandfreie Kasuistik, die sowohl klinisch als auch


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pathologisch-anatomisch gründlich und kritisch durchgearbeitet wäre; und wenn man bedenkt, daß die histologische Technik erst seit nicht langer Zeit auf einer halbwegs — wenigstens für diese Frage — brauchbaren Höhe steht, so wird wohl einleuchtend sein, daß die älteren diesbezüglichen Angaben immer mit Reserve oder besser gesagt mit wohlbegründetem Zweifel aufzunehmen sind.

Die Frage der pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse ist durch die Arbeiten der letzten zwei Dezennien bereits zu einem gewissen Abschlusse gelangt; eine große Reihe von Autoren, unter denen ich wohl nicht erst *Nissl* und *Alzheimer* besonders hervorheben muß, haben erwiesen, daß dieser Krankheit eine ganz eigenartige und regelmäßig anzutreffende Veränderung der Großhirnrinde zugrunde liegt; man schloß dann weiter, daß im allgemeinen die klinische Diagnose durch eine spätere histologische Untersuchung noch wesentlich gestützt oder rektifiziert werden könnte. Wir wissen nun, daß die Paralyse, wie H. Kollege Plaut erörtert hat, durchwegs luischen Ursprungs ist, ohne daß wir bisher ohne weiteres imstande wären dieselbe als direkt syphilitisch hinzustellen; wir kennen weiter eine Anzahl von Veränderungen des Gehirns, die auf direkte luische Prozesse zu beziehen sind, und es fragt sich, ob und inwieweit wir imstande sind die Paralyse von diesen Prozessen zu unterscheiden, und ob wir histologisch eine Verwandtschaft zwischen der Paralyse und den syphilitischen Prozessen finden können. Noch eine sehr wichtige Frage wirft sich im Rahmen unseres Themas auf: es gibt nämlich außer klinisch einwandfreien Paralysen noch eine ganze Gruppe von Krankheitsbildern, die mit der Paralyse verwandt, dennoch in einzelnem verschieden sind; sind wir auch imstande auf Grund histologischer Untersuchung diese Fälle zu gruppieren?

Auf Grund dieser Erörterungen werden wir unsere Fragen folgendermaßen formulieren:

1. Welche Veränderungen finden sich bei der gewöhnlichen progressiven Paralyse vor?
2. Wie ist die Veränderung der Hirnrinde vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aufzufassen?
3. Sind diese Veränderungen so regelmäßig, daß man nur diejenigen Fälle als progressive Paralyse auffassen kann, die diese Veränderungen zeigen? Und anderseits: kann man Fälle, die even-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tuell klinisch anders verlaufen, auf Grund des anatomischen Befundes zur Paralyse rechnen?

4. Können wir vom anatomischen Standpunkte zur Frage: „Sind diese Veränderungen als syphilitisch oder nicht syphilitisch aufzufassen?“ Stellung nehmen, und was haben wir uns unter „Lues cerebri“ vorzustellen?

Bevor wir noch zur Erörterung unserer Frage schreiten, will ich, um jegliche Zweifel, Mißverständnisse und Wiederholungen zu vermeiden, auch noch einiges über das Material erwähnen, das diesem Referate zugrunde liegt. In erster Linie sind es die Tatsachen der Literatur. Wenn ich aber jedes Detail berücksichtigt hätte, wäre bei der kolossalen Literatur der Umfang ein gar zu großer geworden, die Übersichtlichkeit hätte gelitten, ohne daß der Frage irgendwie wesentlich genützt würde. Ich habe deswegen eine genaue Anführung der Literatur vermieden und nur diejenigen Autoren genannt, deren Arbeiten besonders vom allgemein pathologischen Standpunkte eine größere Bedeutung haben. Weiter habe ich hin und wieder auch meiner persönlichen Erfahrung Ausdruck gegeben, die sich auf ein anatomisch und klinisch durchgearbeitetes Material bezieht, das bisher aus 85 Paralysen, 120 anderen Psychosen und 15 normalen Gehirnen besteht.

I.

Welche Veränderungen finden sich bei der gewöhnlichen progressiven Paralyse vor[1]?

Veränderungen der Pia.

Das bindegewebige Stroma ist zumeist verdickt und mit zelligen Elementen in verschiedenen Graden infiltriert; man findet da Plasmazellen in verschiedensten Entwicklungsstadien, zum Teil auch in Degeneration begriffen, Lymphozyten, Fibroblasten und echte Körnchenzellen; die Pialgefäße sind verändert, zeigen Wucherungen der Endothelien, Neubildung von Kapillaren; gar nicht so selten finden sich Wucherungen der Intima vom Typus der *Heubner*schen polsterförmigen luischen Endarteritis, die, schon wiederholt beob-

[1]) Aus Gründen, die einer genaueren Ausführung nicht bedürfen, wird hier nur von den mikroskopischen Veränderungen des Großhirns gesprochen, weil diese für die pathologische Auffassung der Paralyse in erster Linie maßgebend sind.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

achtet, nach meinem Material bei 20% der Fälle in den größeren Gefäßen der Meningen vorkommt; nie in der Hirnrinde selbst.

Veränderungen der Hirnrinde.

a) Die mesodermalen Bestandteile, d. h. die Blutgefäße und deren bindegewebige Umscheidung.

Schon den ersten Untersuchern, welche die Veränderungen des Gehirns bei der Paralyse mit Hilfe des Mikroskopes zu studieren sich bemühten, sind die Veränderungen der Gefäße bekannt gewesen, und zwar sowohl die starke Vermehrung der Gefäße, als deren Veränderung und Umscheidung mit Exsudatzellen; die Erklärung und Auffassung dieser Befunde hat mit dem Stande der mikroskopischen Technik und der Wissenschaft gewechselt. Bezüglich der Vermehrung der Gefäße standen einander zwei ganz diametrale Ansichten gegenüber; nach der einen handelt es sich um eine wirkliche Vermehrung der Gefäße, die andere hält die Vermehrung nur für scheinbar, bedingt durch die Abnahme der Rindensubstanz bei Persistenz des Blutgefäßgerüstes, das dadurch dichter wird. Diese Streitfrage dürfte in der letzten Zeit wohl durch die gründliche Arbeit *Alzheimers* zugunsten der wirklichen Neubildung der Gefäße entschieden sein. Weiter zeigen die Gefäße eine besonders durch *Alzheimer* beschriebene Wucherung der Endothelien; wiederholt wurde eine hyaline Degeneration der Gefäßwand beschrieben, die aber von *Cramer* und *Alzheimer* als wenig bedeutungsvoll erachtet wird; ich habe unter meinen Fällen eigentlich keinen einzigen mit histologisch sicherer hyaliner Degeneration der Gefäßwand.

Besonders in die Augen springend und von der größten allgemeinpathologischen Bedeutung ist die Infiltration der Gefäßscheiden. Es ist heute sichergestellt, daß die Infiltrationszellen vollkommen denjenigen entsprechen, die man auch sonst bei chronischen Entzündungen findet, und zwar kommen nebeneinander vor: Lymphozyten, Plasmazellen und Mastzellen, welche Zellarten früher wegen der noch mangelhaften histologischen und mikroskopischen Technik unterschiedlos als kleinzellige Infiltration zusammengefaßt wurden. Die Mastzellen zuerst von *Athias* und *França* im Gehirn eines Paralytikers beschrieben, sind zu selten, als daß sie irgendwelche Bedeutung hätten; eine viel


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größere Bedeutung haben die Plasmazellen, die zuerst von *Alzheimer* als von den Lymphozyten verschieden erkannt, von *Vogt* und *Nissl* mit den sonst bei anderen entzündlichen Veränderungen bekannten Plasmazellen identifiziert wurden. *Havet* und *Mahaim* haben, jeder in anderer Weise, die Bedeutung der Plasmazelleninfiltrate für die Paralyse zu mindern versucht, doch hat *Nissl* deren Behauptungen vollkommen entkräftet. Ich selbst kann auf Grund meines Materiales berichten, daß ich noch keine sichere Paralyse gesehen habe, bei der die Plasmazelleninfiltration gefehlt hätte.

Gar nicht selten finden sich sowohl in den Meningen, als auch um Gefäße herum größere mit Fett- oder Myelinstoffen beladene Zellen, die man unter dem Namen der Körnchenzellen zusammenfaßt; ähnliche, mit Blutfarbstoff oder Blutköperchenfragmenten ausgefüllte Zellen trifft man bei manchen Paralysen oft in sehr großer Zahl. *Binswanger*, der diesem Befund eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat und ihn als charakteristisch für eine bestimmte, auch klinisch sich auszeichnende Form der Paralyse anspricht, sieht diese im Transport befindlichen Blutreste als Folge kleinster kapillärer Blutungen an.

Polynukleäre Leukozyten sind in der Hirnrinde der Paralytiker eine große Seltenheit und kommen meist nur bei komplizierenden septischen Prozessen vor, die zur Meningitis oder zu beginnenden Hirnabszessen geführt haben.

Schließlich findet man ziemlich häufig in den Gefäßscheiden und in den Meningen stark lichtbrechende kleine Kugeln, die mit Methylenblau einen grünlichen Ton, mit Eosin eine leuchtend rote Farbe annehmen, die entweder einzeln oder, wenn sie kleiner sind, meist in Gruppen von 4—10 zusammenliegen, und immer von einer Art Zellmembran zusammengehalten werden; sehr häufig läßt sich an dieser Membran ein platter Kern erkennen; *Alzheimer* deutet diese Gebilde als degenerierte Plasmazellen.

b) Die ektodermalen Bestandteile:

A. Das nervöse Parenchym.

1. Die Ganglienzellen: Diese sind bei der Paralyse immer verändert, ihre Veränderungen konnten aber erst nach Bekanntmachung der *Nissl*schen Methode genauer studiert werden.



Generated on 2019-03-09 22:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die ersten Hoffnungen, daß man in der Zellerkrankung eine für die Paralyse spezifische Veränderung gefunden habe, erwiesen sich als trügerisch, denn ein mühsames Studium ergab, daß zwar die von *Nissl* beschriebenen Arten der Zellveränderung bei der Paralyse niemals fehlen, aber auch bei anderen Erkrankungen des Gehirns vorkommen. Weiter wird in der Literatur auch von einer Verkalkung der Ganglienzellen gesprochen (*Alzheimer*); bei meinen Fällen konnte ich derartige Veränderungen, die sich auch chemisch sicher als Verkalkung erwiesen hätten, nicht auffinden.

Als uns die neuere Zeit brauchbare Fibrillenmethoden lieferte, wurden die Ganglienzellen bei der Paralyse auch in dieser Richtung durchforscht und immer schwer verändert vorgefunden; die Fibrillen sind fragmentiert, nicht färbbar, oder die Zelle färbt sich ganz diffus (*Bielschowsky*, *Renkichi Moriasu*); im allgemeinen ist die Erkrankung der Ganglienzellen so schwer, daß sie zu einem allmählichen Untergange führt; die Zellen verkleinern sich, sie nehmen an Zahl ab, rücken wegen des Schwindens der anderen Rindenelemente meist auch näher aneinander, sie zeigen nicht mehr die normale regelmäßige Anordnung, sondern sind wie durcheinander geworfen (*Nissl*), so daß die normale Schichtung der Rinde mehr oder weniger verwischt ist.

2. Die Markscheiden. Seitdem man die Markscheiden der Nervenfasern — ursprünglich nach der Methode von *Exner*, später nach dem klassischen Verfahren *Weigerts* — darzustellen gelernt hatte, haben eingehende Studien einer großen Reihe von Autoren festgestellt, daß eine ausgesprochene Paralyse immer zu einem starken Schwund der Markfasern führt. *Tuczek*, dem wir die erste und grundlegende Arbeit über dieses Thema verdanken, konnte feststellen, daß die obersten Schichten, und zwar vornehmlich die Tangentialfasern, zuerst schwinden, und daß von da aus der Schwund der Fasern in die Tiefe geht; später überzeugte man sich (*Zacher*, *Kaes*), daß nicht die Tangentialfasern, sondern die ganz dünnen Fasern der zweiten und dritten Zellschicht zuerst schwinden, und daß die Tangentialfaserschichte eigentlich erst dann vollkommen degeneriert, wenn der Faserschwund der Rinde schon sehr weit gediehen ist. Der Schwund der Fasern geht dann mit dem Fortschreiten der Krankheit so weit, daß in der Rinde stellenweise auch nicht ein Markfäserchen zu finden ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf einen ganz eigenartigen fleckweisen Schwund der Markfasern haben *Borda* und Referent aufmerksam gemacht; es findet sich bei einer großen Anzahl von Paralysen (nach meinem Materiale bei 65%) stellenweise um Gefäße der Hirnrinde in meist kugelförmigen, häufig konfluierenden Herden ein zumeist vollkommener Ausfall aller Markfasern bei Persistenz der Axenzylinder, ohne sekundäre Degeneration, ohne starke entzündliche Veränderung, bei ganz minimaler Vermehrung der Neuroglia, so daß wenigstens in Rücksicht dieses Befundes die Flecken den Herden bei multipler Sklerose ähneln. Auf die genauere Verteilung des Markfaserschwundes werden wir noch später bei der Erörterung des gesamten pathologischen Prozesses zu sprechen kommen.

3. Die extrazellulären Fibrillen, die sich durch das neue Silberimprägnierungsverfahren nach *Cajal* und *Bielschowsky* darstellen lassen:

Mit diesen Methoden färben sich sowohl die schon besprochenen intrazellulären Fibrillen als auch die Zellfortsätze, die Axenzylinder der Markfasern, die marklosen Fasern und die feinsten nervösen Verästelungen, welche, ein ungemein dichtes Geflecht in der Hirnrinde darstellend, die größte Masse der grauen Rindensubstanz bilden. Die ersten Untersuchungen mit diesen Methoden zeigten trotz ganz hochgradigen Schwundes der Markfasern immer noch ein sehr reiches Geflecht der mit Silber darstellbaren Fibrillen; das führte *Dagonet* zur Ansicht, daß bei der Paralyse die Fibrillen nicht schwinden; aber genauere und spätere Untersuchungen zeigten (*Ballet*, *Bielschowsky*, *Renkichi Moriasu*), daß bei vorgeschrittener Paralyse das Geflecht der Fibrillen dem normalen Gehirn gegenüber gelichtet ist, was ich bei einer größeren Zahl meiner Paralysen ebenfalls bestätigen konnte.

B. Neuroglia.

Trotzdem man sich schon sehr lange um das Studium des Zwischengewebes im Gehirn bemüht, trotzdem eine Anzahl von Methoden die Färbung der Gliaelemente ermöglichen (die Verfahren von *Weigert*, *Nissl*, *Held* und *Eisath*), so bleibt die Neuroglia ein noch immer recht dunkles Gebiet der Nervenhistologie: aus all den Studien über die normale Glia geht hervor, daß wir zu unterscheiden haben zwischen der zelligen und der aus dieser hervorgegangenen faserigen Glia. Bei


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Paralyse sind nun beide Arten von Glia, einmal mehr die zellige, das andere Mal wieder die faserige vermehrt, und dies vornehmlich dort, wo die Glia schon normaler Weise etwas gehäufter vorkommt, also in der Randschicht und um die Blutgefäße; an ersterer Stelle bildet die Glia besonders bei älteren Paralysen dichte faserige Geflechte, in denen dann die zellige Glia wesentlich zurücktritt. Interessanterweise findet man bei den meisten Paralysen die Glia auch an der Rindenmarkgrenzé vermehrt, und zwar meist in Form großer plasmareicher Gebilde; zu erwähnen sind dann noch die etwas eigenartigen von *Nissl* und *Alzheimer* beschriebenen Gliarasen und die myxomyzetenartige Gliawucherung *Nissl*s, endlich noch eigenartige zellige Gebilde, die regelmäßig bei der Paralyse vorkommen, und auf die *Nissl* zuerst hingewiesen hat. Das sind die *Nissl*schen Stäbchenzellen, längliche aus einem stäbchenförmigen Kern und einem feinen, spitz zulaufenden Protoplasmasaum bestehende Zellen, welche in keinem Falle von Paralyse fehlen, besonders an Stellen stärkeren Schwundes sich finden, und über deren Natur noch nicht vollkommene Klarheit herrscht; nach *Nissl* und *Alzheimer* sind sie mesodermalen Ursprungs und sollen Adventitiaelementen entstammen; nach *Sträussler* könnten diese Elemente, wenigstens was das Kleinhirn anlangt, der Glia angehören.

Bei klinisch sicheren Paralysen kommen alle diese eben beschriebenen Veränderungen vereint vor. Es gibt zwar Veränderungen der Zellen, Faserschwund, Gliawucherung und auch Zellinfiltrate usw. — und zwar isoliert — bei den verschiedensten Psychosen und Zerebralerkrankungen, doch nur bei der Paralyse finden sich alle diese Veränderungen nebeneinander vor (*de Buck*).

II.

Wie ist die Veränderung der Hirnrinde vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aufzufassen?

Über die pathologische Auffassung des histologischen Bildes, welches die ausgesprochene Paralyse im Gehirn darbietet, herrschen heute keine Zweifel.

Wir sehen, daß hier die Veränderungen des funktiontragenden, spezifischen Parenchyms in einem gewissen Gegensatze zu denen der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stützsubstanz stehen. Sowohl Ganglienzellen als auch Nervenfasern, marklose wie markhaltige, zeigen schwere Veränderungen degenerativer Art, die bis zum Untergang der Elemente führen, das Stützgewebe, also Glia, Blutgefäße, das dieselben umscheidende Bindegewebe und die Meningen befinden sich im Stadium der Proliferation; die Wand der Blutgefäße ist wesentlich verändert, von Exsudatzellen infiltriert; kurz das histologische Bild dessen, was man chronische Entzündung nennt. Es ist bekannt, daß die Pathologen heute in Anbetracht der schwer erklärbaren Differenzen bei den verschiedenen zu den Entzündungen gerechneten Prozessen den Begriff der Entzündung als einheitlichen am liebsten fallen lassen würden; dementsprechend müssen wir uns bei der Feststellung bescheiden, daß die bei der Paralyse gefundenen Veränderungen zu denen gehören, welche im allgemeinen unter dem Begriff der chronischen Entzündung zusammengefaßt werden, und aus demselben Grunde empfiehlt sich auch der Verzicht auf jede pathogenetische Erörterung. Nur ein Moment, das den Neuropathologen am meisten interessieren muß, und dem auch die Psychiatrie seit Beginn der Paralyseforschung ihr besonderes Interesse zugewendet hat, wäre zu berücksichtigen, und zwar das gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis des degenerativen und proliferativ entzündlichen Prozesses bei der Paralyse, beziehungsweise die Frage, ob und inwiefern beide voneinander direkt abhängig sind.

Diese Frage hat man schon wiederholt auf zweierlei Wegen zu lösen versucht. Erstens durch Analyse der Veränderungen der voll entwickelten Paralyse, zweitens durch Untersuchung von Paralysefällen, die nach kurzer Krankheitsdauer zur Sektion gelangten. Auf dem ersten Wege, dem des Studiums des histologischen Bildes bei ausgesprochener Krankheit, kam man zu keinem beweisenden Resultat; der eine sah in dem Schwund des nervösen Parenchyms das wichtigste und deswegen auch das primäre Moment, für andere war die entzündliche Veränderung das stärker hervortretende, und dadurch das primäre; aber zwingende Beweise konnte man, da die Verhältnisse im Gehirn zu kompliziert sind, weder für die eine noch für die andere Anschauung erbringen. Im Rückenmark sind dagegen die Verhältnisse viel einfacher; da gibt es Degenerationen von Fasersystemen, die sicher nicht auf entzündliche Meningealveränderungen zurück-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geführt werden können und die man schwer als sekundäre Degeneration erklären kann, so daß man sie vielfach als primäre Faserdegenerationen ansieht. Daraus folgerte *Alzheimer*, daß bei der Paralyse überhaupt, also auch im Gehirn, die Degeneration des nervösen Parenchyms das primäre sei, und formulierte seine Ansicht dahin „daß das Wesentliche der paralytischen Erkrankung die Schädigung und der Untergang des Parenchyms ist, und mit dieser Parenchymerkrankung entzündliche Erscheinungen am Gefäßapparate einher gehen, die in der Hirnrinde am stärksten ausgeprägt sind". So schloß *Alzheimer* per analogiam vom Rückenmark auf die sonst viel schwerer zu entwirrenden Verhältnisse im Gehirn.

Man kann aber auch aus dem zerebralen Prozesse selber wichtige und meines Erachtens direkt beweisende Schlüsse ziehen, und zwar aus dem schon früher besprochenen Befunde des perivaskulären fleckweisen Markschwundes. Wie schon oben gesagt worden, stellt sich dieser Markschwund als auf einen ganz kleinen perivaskulären Fleck beschränkter Ausfall der Markfasern, bei Intaktheit der Axenzylinder, dar, wobei die betroffenen Gefäße auch nicht stärker verändert sind als die übrigen in der Hirnrinde und die Glia nur ganz minimal und nur in der nächsten Umgebung der Gefäße gewuchert erscheint; dieses Verhalten läßt sich am ehesten dadurch erklären, daß die Markscheiden durch ein noch unbekanntes, herdweise wirkendes, also wohl lokal gebundenes Agens zugrunde gehen, primär, ohne durch eine sonst histologisch merkbare Störung geschädigt worden zu sein. Diese fleckweise Entmarkung der Hirnrinde zeigt sich in verschiedenen Stadien; die jüngsten sind kleine Flecken, in denen die Markfasern nur gelichtet sind; man trifft weiter Flecken an, in denen das Myelin vollkommen geschwunden ist; durch Konfluenz dieser Flecken gehen die Markscheiden auch auf größeren Strecken zugrunde, ja mitunter kommt es zu einer Entmarkung der Rinde in ihrer ganzen Dicke.

Zu einer totalen Entmarkung der Hirnrinde führt aber auch die Paralyse durch den gewöhnlichen langsam fortschreitenden Markausfall. Die Endresultate sind histologisch dann vollkommen identisch; man findet bei beiden alle Elemente gleich verändert und kann die beiden Prozesse nur dadurch unterscheiden, daß die auf Basis einer Konfluenz der Flecken entstandene Entmarkung ganz scharf gegen das markreichere Gewebe abgegrenzt ist. Also das Endresultat des


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewöhnlichen paralytischen Rindenschwundes gleicht (wenigstens was das Myelin anlangt) dem durch die Flecken hervorgerufenen; in den Flecken schwindet nachweislich nur die Myelinumscheidung, der Axenzylinder persistiert; wir wissen weiter, daß in den ganz entmarkten Rindenpartien von beiderlei Art immer noch ein sehr großer Reichtum an marklosen Fasern sich findet, folglich können wir schließen, daß der Markschwund bei der Paralyse im allgemeinen immer nur derart erfolgt, daß nicht die Markfasern als ganzes, sondern nur die Myelinscheiden zugrunde gehen; dies geschieht bald diffus, bald fleckweise. Im letzteren Falle aber — also in den Flecken, in welchen das Mark vollkommen geschwunden ist — fehlt trotzdem eine stärkere entzündliche Infiltration; daraus folgt der wohl bindende Schluß, daß es keinesfalls die Entzündung ist, die den Schwund hervorbringt; wenn hingegen der Parenchymschwund zu sekundärer Infiltration führen würde, müßte man wenigstens an einzelnen der Flecken oder in deren Umgebung stärkere Infiltrationsgrade finden; dies ist aber nicht der Fall, und deswegen ist auch die entzündliche Infiltration nicht etwa von dem Parenchymschwunde abhängig, vielmehr sind beide Prozesse demnach als nebeneinander gehende und voneinander gar nicht oder im besten Falle nur ganz minimal abhängige anzusehen. Dies gilt zwar nachweislich nur für den Myelinschwund, dürfte aber wohl auch auf den gesamten Degenerationsvorgang übertragen werden.

Der zweite Weg, der eingeschlagen wurde, die Krankheit in ihren frühesten Anfängen histologisch zu untersuchen, erscheint von vornherein sicherer; da uns das Tierexperiment aber einstweilen im Stiche läßt, sind wir auf die Untersuchung der seltenen zur Sektion gelangten Fälle von initialer Paralyse beim Menschen angewiesen. Die a priori leicht erscheinende Lösung stößt auch hier auf große Schwierigkeiten, die bis heute nicht ganz überwunden sind. Da diese Frage für unser Thema von besonderer Wichtigkeit ist, wird es angezeigt sein, sich etwas näher mit den in der Literatur niedergelegten Befunden und Erklärungen zu befassen, was um so einfacher ist, als das einschlägige Material noch recht spärlich ist.

Greppin beschrieb im Jahre 1889 einen Fall von nur 6 monatiger Krankheitsdauer; die mikroskopische Untersuchung entspricht begreiflicherweise nicht mehr den modernen Anforderungen; es wurde vornehmlich gezupft und die Markscheidenfärbung nach *Exner* durch-




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geführt, wobei sich keine Gefäßinfiltration auffinden ließ, kein Markausfall, aber deutliche Wucherung der Glia. *Greppin* glaubte daraus schließen zu können, daß es sich um eine initiale Paralyse gehandelt habe und der Hirnprozeß nicht über das Stadium der Hyperämie hinaus gekommen sei.

Zacher beschrieb im Jahre 1891 zwei Fälle von initialer Paralyse, die nach ein- und zweimonatiger Krankheitsdauer gestorben waren; beide Fälle zeigten bei *Weigert*scher Markfaserfärbung, stärkeren Faserschwund, der eine der Fälle geringere, der andere stärkere Infiltration um die Gefäße und Gliawucherung; auf Grund der verschieden starken Infiltration schließt *Zacher*, daß die Paralyse sowohl mit entzündlichen Veränderungen als auch mit Degeneration (von ihm parenchymatöse Enzephalitis genannt) beginnen kann.

In einer groß angelegten Arbeit behandelte *Binswanger* (1893) 21 Paralysen von einer Krankheitsdauer von einigen wenigen bis zu 17 Monaten, also Fälle, die nach relativ kurzer Dauer zum Tode führten. Die Untersuchung dieser Fälle führte *Binswanger* zu der Anschauung, daß es in den Frühstadien der Paralyse zu Parenchymschwund schon zu einer Zeit komme, wo man noch nichts von wesentlichen entzündlichen Veränderungen im Gewebe merken kann.

Weber hat (1903) 2 Fälle galoppierender Paralyse beschrieben, von denen der eine nach 6 monatiger Dauer starb, und stärkere Infiltration zeigte bei geringer (fast fehlender) Veränderung der Zellen und Fasern; *Weber* schließt daraus, daß dem Beginne der Paralyse die entzündlichen Veränderungen der Gefäßwand entsprechen.

Alzheimer berichtet von der Untersuchung dreier Fälle, die nach kurzer Krankheit in stürmischer Erregung starben, bei denen die Diagnose über allen Zweifel erhaben war, und wo die histologische Untersuchung keinerlei Markfaserausfall ausfindig machen konnte. *Alzheimer* erwähnt zwar den sonstigen Befund nicht, aber nach allem zu schließen, dürften daneben die bei der Paralyse gewohnten entzündlichen Veränderungen gefunden worden sein. *Alzheimer* schließt aber mit Recht daraus nicht, daß hier kein Gewebsausfall war, sondern daß sich bei unserer Markfaserfärbung ein eventuell geringer Faserausfall nicht erweisen läßt.

Wie sollen wir uns zu diesen Befunden und Deutungen stellen?



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der *Greppin*sche Fall kommt heute kaum mehr in Betracht, da die anatomische Untersuchung für unsere heutigen Anforderungen unzureichend ist. Die Schlußfolgerungen *Zacher*s scheinen mir nicht einwandsfrei, denn Infiltration und Gefäßalteration waren in beiden Fällen vorhanden und der Umstand, daß sie in dem einen stärker, im anderen schwächer waren, beweist immer noch gar nichts für das Primäre des einen oder anderen Prozesses.

*Binswanger*s Untersuchungen gipfeln in dem Resultate, daß bei der Paralyse der Parenchymschwund primär einsetzt, da er unter seinen initialen Fällen solche fand, in deren Gehirn noch nichts von wesentlichen entzündlichen Veränderungen zu sehen war.

Dabei erwähnt *Binswanger*, daß man auch bei frischen Fällen immer vermehrte „Leukozyten" findet, die innerhalb des Saftbahnsystems liegen, und die vielleicht nur Folge stattgehabter hyperämischer Vorgänge waren; also ganz ohne perivaskuläre Infiltrate war die Rinde auch in diesen Fällen nicht. Wenn man dazu nimmt, daß die Arbeit *Binswanger*s noch vor Kenntnis der Bedeutung der Plasmazellen entstanden ist, erscheinen ihre Resultate nicht mehr ganz einwandfrei, vielmehr wird man diese Fragen unentschieden lassen, bis auf Grund eines größeren, mit den modernen Methoden durchgearbeiteten Materials eine sichere Entscheidung möglich sein wird. Wenn ich meiner persönlichen Ansicht Ausdruck geben darf, so kann ich nur sagen, daß auch ich bei der Paralyse den Parenchymschwund für das Primäre halte, kann aber diese Ansicht nach dem bisher vorliegenden Material noch nicht als bewiesen ansehen.

Wegen der großen allgemein-pathologischen Bedeutung dieser Frage und wegen der Seltenheit solcher initialer Fälle will ich hier einen eigenen Fall kurz mitteilen, der im Gegensatze zu den zitierten mit allen modernen Methoden, die Fibrillenmethoden eingerechnet, untersucht worden ist.

I. Fall. — 28 Jahre alter Kellner, eingebracht am 29. Juni 1908.

Erkrankte am 3. Mai 1908 plötzlich mit einem Ohnmachtsanfall, seither sehr ängstlich, mußte deswegen das Krankenhaus aufsuchen, halluzinierte dort, beschuldigte sich, seine Familie ins Unglück gebracht zu haben, erwartete, man werde ihn schon holen kommen. Nichts von Prodromalerscheinungen nachweisbar, außer daß er einige Monate vorher weniger lebhaft als sonst war.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eingebracht ist er sehr ängstlich, fürchtet, daß das Essen vergiftet ist, erwartet den Tod, ist dabei sehr zerstreut, verspricht sich häufig, merkt aber die Fehler; persönlich, zeitlich und örtlich orientiert, gibt er luische Infektion in früheren Jahren zu; er hört die Stimmen seiner Verfolger, glaubt, daß man ihm das Glied abschneiden wird, behauptet, seine Mutter sei tot, beschuldigt sich, ihren Tod verursacht zu haben, glaubt, er hätte „Österreich verraten, zugrunde gerichtet, ja alle Länder, die deutsch sind, wären wegen seiner Krankheit zugrunde gegangen"; antwortet höchst einsilbig, mit schmerzlich-ängstlichem Lächeln.

Status somaticus: Schlecht genährt, Pupillen different, lichtstarr bei prompter Konvergenzreaktion, Beben im Gesicht, Tremor der Zunge; stark gesteigerte Patellar- und Achillessehnenreflexe, Analgesie bei starker Unaufmerksamkeit, keine Hypotonie, keine Ataxie, mittelstarke Pleocytose.

Wird zunehmend ängstlicher, abstiniert, ist unrein, schläft sehr wenig, schreit häufig um Hilfe, er werde sterben müssen, da in ihm alles kaput sei, er könne gar nicht mehr atmen, er hätte vor ein paar Jahren Schanker gehabt und sei jetzt ganz vergiftet; kommt körperlich trotz Sondenernährung herunter, kollabiert. Exitus am 2. August 1908 im Collaps; die ganze Zeit keine Fiebersteigerung.

Die Sektion wurde 2 Stunden post mortem ausgeführt. Das Gehirn wog 1450 g. Die Meningen an der Konvexität deutlich, an der Basis des Stirnhirns leicht getrübt; die Sulci im allgemeinen ein wenig verbreitert. Kein Hydrocephalus, im vierten Ventrikel ganz leicht angedeutete Ependymgranulationen.

M i k r o s k o p i s c h e U n t e r s u c h u n g: Die Meningen leicht verdickt, mit Lymphozyten und Plasmazellen stark infiltriert, die Blutgefäße in der für Paralyse typischen Weise verändert, ihre Endothelzellen vermehrt und vergrößert, perivaskuläre Ansammlung von Lymphozyten und Plasmazellen um die nicht vermehrten Blutgefäße; die Ganglienzellen durchwegs schwer verändert, sowohl bei *Nissl*-Färbung als auch bei Färbung nach *Bielschowsky*: Schwund des Tigroids, Verkleinerung, Veränderung der Fortsätze, Verminderung oder vollkommene Unfärbbarkeit der intrazellulären Fibrillen; dabei sind die Zellen in allen Rindenabschnitten etwas näher zusammengerückt; die Veränderung ist im Stirnhirn am deutlichsten ausgesprochen und nimmt in den hinteren Abschnitten, besonders im Okzipitalpol, ab. Die Markfaseruntersuchung zeigt auch nach genauestem Vergleich mit Normalpräparaten von verschiedenen Individuen gleichen Alters, daß keine wesentliche Verminderung derselben vorhanden ist, nur das Stirnhirn könnte man stellenweise für etwas markärmer halten. Die Fibrillenfärbung nach *Bielschowsky* erwies einen unverminderten Bestand an interzellulären Fibrillen in allen Teilen des Gehirns. Demgegenüber zeigte sich die zellige und faserige Neuroglia deutlich vermehrt, am stärksten im Stirnhirn, schwächer in den hinteren Partien, aber auch noch im Okzipitallappen.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben hier also eine Erkrankung, die, bei vorausgegangener Lues, nach ziemlich raschem Beginn und nur 3 monatiger Dauer zum Tode führte; deutliche Prodromalerscheinungen bestanden nicht oder sind wenigstens nicht nachweisbar.

Die Diagnose wäre aus dem psychischen Status allein schwierig gewesen, denn es handelte sich um einen depressiven Zustand ohne bestimmte Färbung; nur die somatischen Zeichen, als Pupillenstarre, Erhöhung der Reflexe und der Zungentremor in Gemeinschaft mit der Pleozytose sprachen für eine paralytische Erkrankung.

Makroskopisch fand sich nur eine Andeutung von Atrophie; mikroskopisch ausgesprochene entzündliche Veränderung der Gefäße, ohne einen mit Sicherheit nachweisbaren Defekt der Markfasern und Fibrillen.

Damit wäre also scheinbar der Beweis erbracht für das primäre Einsetzen des Entzündungsvorganges. Nun heben *Alzheimer* und *Binswanger* mit Recht hervor, daß es eigentlich unmöglich ist, im initialen Stadium den Beginn des Defektes rein auf Grund eines geringen Ausfalles zu beweisen, und dies dürfte auch hier — sowohl für die Mark-asern als auch für die Fibrillen — zutreffen. Dagegen haben wir in iesem Falle einen viel wichtigeren positiven Indikator, die Vermehrung er Neuroglia, die nur sekundär als Reaktion auf einen Gewebsschwund uchert; aus dieser Wucherung der Neuroglia müssen wir schließen, aß dennoch ein Faserschwund bestanden haben müsse, trotzdem mit den anderen Methoden aus naheliegenden Gründen noch nicht ıchweisbar ist; überdies ist noch sehr auffällig, daß auch die Gan-ienzellen besonders im Stirnhirn näher zusammen gerückt waren, ne daß man bei den Faserfärbungen einen deutlichen Gewebsschwund rken konnte; vielleicht weist auch dieser Umstand darauf hin — nn es nicht anders zu erklären wäre —, wie wenig empfindlich noch sere Methoden sind.

Dieser Fall ist eigentlich ganz ähnlich denjenigen Fällen der Lite-ur, auf Grund deren die Ansicht ausgesprochen wurde, daß die zündlichen Veränderungen das Primäre sind, und zeigt, daß das htberücksichtigen der Neuroglia eigentlich zu ganz irrigen An-ıten führen mußte.

Bei richtiger Beurteilung alles Mitgeteilten müssen wir zu dem lusse kommen, daß bei der Paralyse der Parenchymschwund und


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die entzündlichen Veränderungen zwar immer nebeneinander vorkommen, daß sie jedoch auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen in keiner Weise in direkten Zusammenhang gebracht werden können, daß sich vielmehr beide Prozesse gegenseitig gar nicht wesentlich beeinflussen. Immerhin muß man gestehen, daß das bisherige Material an initialen Fällen noch zu gering ist und eine genauere Untersuchung eines größeren Materiales noch manches klären könnte. Die schnell verlaufenden galoppierenden Formen, zu denen die meisten der initialen Paralysen gehören, kommen aber für diese Frage weniger in Betracht; viel wichtiger sind jene, die nach vorausgegangener Lues mit Neurasthenie beginnen, die Tremor, Pupillenstörungen und eventuell auch schon Andeutung von Sprachstörungen bieten, bei denen zwar noch keine wesentliche oder nur geringe Demenz besteht, wo aber der Gesamtverlauf oder eventuell der dem Geübten bekannte Gesichtsausdruck der Kranken das Kommen einer Paralyse anzeigt. Solche Fälle, die im Stadium des Paralyseverdachtes an einer interkurrenten Krankheit zugrunde gegangen sind, wären eigentlich erst das richtige Material zur Lösung dieser Frage. Bisher sind derartige Befunde nicht bekannt gegeben worden.

III.

Sind die bei der progressiven Paralyse im allgemeinen gefundenen Hirnveränderungen so regelmäßig, daß man nur diejenigen Fälle als Paralyse auffassen kann, die diese Veränderungen zeigen? Und anderseits: kann man Fälle von eventuell klinisch differentem Verhalten auf Grund des histologischen Befundes zur Paralyse rechnen?

Die Zahl der histologisch untersuchten Paralysen mit typischem Befunde ist bereits so groß, daß heute ein Zweifel über die Bedeutung der Hirnveränderung bei der Paralyse nicht aufkommen kann. Eine sehr große Zahl von untersuchten Fällen ist in der Literatur mitgeteilt (*Alzheimer* allein konnte über 170 Fälle berichten), und überdies hat sich wohl ein jeder Psychiater, der halbwegs Gelegenheit gehabt hat, histologische Untersuchungen auszuführen, vielfach von dieser Tatsache überzeugen können, so daß heute histologische Untersuchungen gewöhnlicher Paralysen eigentlich kaum mehr Gegenstand von Publi-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kationen werden. Dies gilt für die typisch verlaufenden Paralysen. Nun sind schon lange Zeit Fälle bekannt, die als Herdaffektionen der verschiedensten Art (Lähmungen mit oder ohne Krämpfe, Sprachstörungen, Hemianopsie) beginnen, bei denen die Lähmungen stationär bleiben oder verschwinden, um immer wieder aufzutreten und schließlich in stationäre bzw. immer stärker werdende sich zu verwandeln; den Abschluß bildet dann ein allmählich sich entwickelnder Demenzzustand, der von der gewöhnlichen paralytischen Demenz sich in gar nichts unterscheidet, und in dem sich auch zumeist die sonstigen somatischen Symptome der Paralyse entwickeln, wenn sie nicht schon früher bestanden haben. Auf diese Fälle hat *Lissauer* aufmerksam gemacht und sie als Paralysen von atypischem Beginn erklärt, bei welchen sich der paralytische Prozeß nicht gleich diffus mit besonderer Bevorzugung des Stirnhirns etabliert, sondern irgendein Projektionszentrum befällt und dadurch schon im Beginn eine Herdaffektion verursacht; besonders eingehend hat sich mit diesen Fällen *Alzheimer* befaßt, dessen gründliche Bearbeitung die Zugehörigkeit dieser Fälle zur Paralyse in anatomischer und klinischer Hinsicht erwiesen hat. Ich kann auch über sechs derartige Fälle berichten, die nach luischen Antezendentien von Lähmungs- oder Krampfzuständen befallen wurden, welche auf einen Herd hinwiesen, und die im weiteren Verlaufe nach Hinzutreten somatischer Zeichen der Paralyse mit der typischen paralytischen Demenz endeten. Solche Herderscheinungen können in zweierlei Art auftreten; erstens: ganz im Beginn der Erkrankung, zu einer Zeit, wo noch keine Prodrome oder nur Prodrome unbestimmter, in keiner Weise auf Paralyse deutender Art vorhanden sind; erst später schließt sich an die primäre somatische Erkrankung allmählich die paralytische Demenz an. Zeitweise können sich die gleichen Anfälle einer schon ausgebildeten paralytischen Verblödung zugesellen und komplizieren das schon fertige Krankheitsbild. Anatomisch findet sich in beiden Reihen die gewöhnliche diffuse Rindenerkrankung, nur daß an den den jeweiligen Herderscheinungen entsprechenden Partien der Degenerationsprozeß viel stärker ausgebildet ist. Wenn kürzere Zeit vor dem Tode gehäufte paralytische Anfälle einsetzen, dann findet sich in den betreffenden Zentren und Projektionsbahnen eine starke fettige Degeneration (*Starlinger* u. a.; ich verfüge auch über zwei derartige Beobachtungen): bleiben solche


Digitized by Google


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle noch längere Zeit am Leben, so kommt es zu einer hochgradigen Atrophie an diesen Stellen. *Lissauer* betont, daß in diesen Fällen die Ganglienzellen häufig schichtenweise ausfallen; *Alzheimer* faßt diese starken, herdweisen Atrophien als das Endstadium des gewöhnlichen paralytischen Prozesses auf, wogegen *Jakob* letztere Veränderung für etwas von dem paralytischen Prozesse verschiedenes erklärt und sie auf eine besondere Erkrankung der Gefäße bezieht; letztere Erklärung kenne ich nur aus einer Bemerkung *Bordas*, ohne daß mir eine genauere Publikation darüber aus der Literatur bekannt geworden wäre.

Auch ich verfüge über eine größere Zahl derartiger Fälle und habe dabei besonders auf die Anfangstadien dieser stärkeren Atrophie geachtet, kann mich aber keiner der geschilderten Anschauungen anschließen; denn nach meinen Untersuchungen ist der dieser sogenannten hochgradigsten paralytischen Rindenatrophie zugrunde liegende Prozeß, ähnlich, wie es *Jakob* darstellt, im allgemeinen ein ganz anderer als die gewöhnliche paralytische Rindenerkrankung, ist aber auch von einer Gefäßalteration unabhängig. Es ist hier nicht der Platz, meine Befunde und alle Schlußfolgerungen in extenso zu bringen, und da ich demnächst dieser Frage eine selbständige Abhandlung widmen will, soll einstweilen der Gegenstand nur auszugweise behandelt werden.

Die gewöhnliche paralytische Atrophie beginnt nach dem, was unsere bisherigen Methoden erweisen können, mit einem Markschwund, dem sich allmählich ein Schwund der Zellen und der interzellulären Fibrillen bei allmählicher Gliawucherung zugesellt; dazu muß bemerkt werden, daß die Neuroglia am stärksten in der Randschichte und in vielen Fällen an der Rindenmarkgrenze wuchert, wogegen die Wucherung sonst in der Rinde auch bei stärkerer Atrophie ziemlich zurücktritt. Anders verhält es sich bei dem zuvor besprochenen Prozeß von stärkerer umschriebener Atrophie. Dieser beginnt damit, daß in oft weiten Strecken die Ganglienzellen einer oder mehrerer Schichten (meist ist es die zweite und dritte Zellschicht) akut erkranken und entweder vollkommen oder zum größten Teil schwinden; dazu tritt dann noch ein schwerer Ausfall der interzellulären Fibrillen, wogegen die Markfasern, etwas vermindert, das erkrankte Terrain durchziehen. Durch den jähen Gewebsausfall entstehen massenhafte Lücken, welche der Rinde ein wabiges Aussehen geben; später tritt eine sehr starke


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wucherung der Neuroglia ein, welche durch Bildung von großen multipolaren Zellen und dicken Fasern die Lücken ausfüllt; die Gliawucherung ist jedoch nicht gleichmäßig, sondern um die Gefäße am dichtesten, und wird, je weiter von den Gefäßen, desto lockerer.

Diese Art des Rindenschwundes ist in jeder Hinsicht total verschieden von dem gewöhnlichen paralytischen Gewebsschwund, und ich würde für denselben wegen des schwammigen Aussehens die Bezeichnung „spongiöser Rindenschwund" vorschlagen. Der Prozeß findet sich in ganz kleinen, beinahe nur mikroskopischen Bezirken auch bei gewöhnlichen Paralysen vor und verursacht dann wegen seiner geringen Ausdehnung keine besonderen Symptome; er kommt aber bei den meisten *Lissauer*schen Herdparalysen in weit ausgedehnter Art in den der Lähmung entsprechenden Rindenzentren vor und erweist sich dadurch als die Ursache des Funktionsausfalles. Ist der Schwund weit gediehen, so ist er auch schon makroskopisch sichtbar; er verursacht eine kammartige Schrumpfung der betreffenden Windungen, gibt ihnen ein vertrocknetes Aussehen und ein meist ins Bräunliche gehendes Kolorit. *Jakob* führt (nach *Borda*) diesen „spongiösen Rindenschwund" auf eine Gefäßerkrankung zurück, besonders aus dem Grunde, weil manchmal die Affektion bei größerer Ausdehnung scheinbar mit Gefäßbezirken zusammenfällt; ich konnte jedoch in allen meinen Fällen eine stärkere Affektion der in Betracht kommenden Gefäße ausschließen. Bedenkt man weiter, daß der Prozeß im Beginn durchaus schichtenförmig einsetzt und die Gefäßbezirke der Rinde nicht horizontale, sondern vertikale Grenzlinien aufweisen, so kann man auch aus diesem Grunde die Annahme einer Beziehung zu den Gefäßen abweisen.

Dieser Rindenschwund ist nun außerdem noch dadurch bemerkenswert, daß er in vollkommen gleicher histologischer Eigenart außer bei Paralyse noch bei anderen Hirnerkrankungen vorkommt. *Jakob* fand ihn bei einer senilen und zwei „einfachen Demenzen"; ich fand den „spongiösen Rindenschwund" bisher noch: bei einem Fall von Tabes mit Demenz, wobei ein Stirnpol in großer Ausdehnung affiziert war und im Gehirn keinerlei paralytische Veränderungen gefunden werden konnten; in drei Fällen von seniler Demenz mit Aphasie und Schläfelappenatrophie, welch letztere eben durch den Prozeß bedingt war; weiter in den Stirnlappen eines Falles von



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer eigenartigen an Dementia praecox erinnernden präsenilen Demenz.

Es werden also nach meinen Erfahrungen die bei der *Lissauer*-schen Paralyse entstehenden Herderkrankungen meist nicht durch den gewöhnlichen paralytischen Degenerationsprozeß verursacht, sondern durch den spongiösen Rindenschwund, der uns seiner Genese nach noch unklar ist. Aber nur die Mehrzahl, nicht alle *Lissauer*-Paralysen verhalten sich so; denn es gibt auch solche, wo der „Herd" durch eine besonders starke einfache paralytische Atrophie gebildet wurde (zwei Fälle meiner Beobachtung). Jedenfalls ist es bemerkenswert, daß bei den meisten *Lissauer*-Paralysen die Herderkrankungen durch einen Prozeß verursacht werden, der nicht durch die Paralyse selbst bedingt ist, da gleiche Rindenerkrankungen (spongiöser Rindenschwund, aber ohne entzündliche Veränderungen in den übrigen Abschnitten) auch bei anderen atrophischen Hirnprozessen vorkommen.

Wie bekannt enden die *Lissauer*schen Paralysen immer mit einer paralytischen Demenz, und in diesem Stadium gelangen sie auch meist zur Obduktion. Da diese Herdaffektionen aber auch zu einer Zeit auftreten können, wo von einer Demenz paralytischer Art noch gar nichts zu merken ist, wäre es für die Erkenntnis des Krankheitsprozesses sehr wichtig, zu wissen, welche Veränderungen einem solchen noch nicht von typischen Paralyseerscheinungen begleiteten Stadium entsprechen, ob in einem solchen Falle nur das in Betracht kommende Rindenzentrum erkrankt ist, oder ob etwa schon eine diffuse Rindenerkrankung nachzuweisen ist. Auf diese Frage bringen die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen keine Antwort; ähnliche Fälle wurden noch nicht anatomisch untersucht.

Einen Beitrag zur Lösung dieser Fragen bietet folgender

Fall II. — 34 jähriger Zahntechniker; Lues vor vielen Jahren überstanden. Pat. war einige Jahre bereits stark neurasthenisch und erkrankte im Februar 1906 an rechtsseitiger Hemiplegie, die sich aus schubweise zuerst im Arm, dann in der ganzen Körperhälfte auftretenden halbseitigen epileptiformen Krämpfen entwickelte, welchen entsprechend lokalisierte sensible Erscheinungen folgten; daneben trat auch eine aphasische Sprachstörung auf.

Bei der am 18. Juni 1907 beginnenden klinischen Beobachtung bot Pat. somatisch alle Zeichen einer mittelschweren rechtsseitigen Hemi-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

parese und rechtsseitigen Hemianopsie. Es bestand weiter deutlicher Tremor der Lippen, Zunge und Finger; die Pupillen normal. Pleocytose; Alexie und Agraphie. Pat. hatte vollkommene Krankheitseinsicht, war dadurch etwas deprimiert; keine Sprachstörung, kein merkbarer Intelligenzdefekt. Im Laufe der Beobachtung traten wiederholt rechtsseitige und allgemeine Rindenkrämpfe auf, zum Teil auch in Form der *Kemmler*schen rhythmischen Zuckungen; darnach Zunahme der Hemiplegie; es kam zu Aphasie vornehmlich sensorischer und amnestischer Art von wechselnder Intensität, zu apraktischen Störungen; der Kranke war zeitweise sehr weinerlich, zeitweise etwas euphorisch, später kindisch reizbar, aber, wenn er sich nicht gerade in einem direkt postparoxysmalen Zustande befand, immer attent; eine genauere Intelligenzprobe konnte wegen der immer stärker werdenden Sprachstörung nicht gemacht werden, aber das Verhalten des Kranken war immer so attent und einsichtvoll, daß wenigstens eine stärkere Demenz auszuschließen war. Der Kranke starb im Oktober 1907 nach einer Serie von Krampfanfällen.

Die anatomische Untersuchung ergab eine hochgradige Atrophie der linken Hemisphäre, wobei der Schläfelappen und Okzipitallappen am stärksten befallen waren. Mikroskopisch im ganzen Gehirn der typische Befund einer Paralyse, und in den stark atrophierten Partien der linken Hemisphäre ein sehr weit gediehener „spongiöser Rindenschwund"; in den entsprechenden Marklagern ein jenem ähnlicher Schwund.

Dieser Fall ist dadurch so merkwürdig, daß er im allgemeinen als eine Herderkrankung der linken Hemisphäre imponiert, da eine richtige paralytische Verblödung nicht bestand und die vorhandenen Symptome psychischer Schwäche, als Reizbarkeit, kindisches Wesen und die zeitweise Euphorie, auch auf Rechnung der Herderkrankung gesetzt werden konnten. Es waren aber dennoch Symptome da, welche trotz dem Fehlen von Pupillenstörungen auch die Diagnose einer Paralyse erwägen ließen. Es waren dies das neurasthenische Vorstadium, das primäre Einsetzen von Krämpfen, wobei es erst nach mehrfachen Krampfattacken zur Hemiparese kam, und schließlich die rhythmischen Muskelzuckungen, die ich bei keiner anderen Erkrankung als bei Paralyse gesehen habe. Und die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Vermutung.

Der folgende Fall soll ein Beispiel geben von Übergang zu den *Lissauer*schen Paralysen der gewöhnlichen Art.

F a l l III. — 43 jähriger Beamter. Überstandene Lues. Beginn mit Vergeßlichkeit und amnestischer Aphasie; der Zustand verschlechterte sich allmählich bis zu beinahe vollkommener motorischer Aphasie; die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schrift war formal korrekt, nur unsinnig, dann nur unleserliche Schriftzeichen; wird in die Anstalt im Zustande einer beinahe vollkommenen motorischen Aphasie gebracht, kann nur „achzené" aussprechen. Somatisch: lichtstarre Pupillen und Pleocytose im Liquor; versteht Gesten ganz richtig, ebenso kurze Aufforderung; längere Ansprachen versteht er nicht; er ist ziemlich gut im Zimmer orientiert, kennt seine Mitkranken; es entwickelt sich allmählich eine Parese des rechten Armes, dann treten wiederholte epileptische Anfälle auf, und eine vornehmlich motorische Apraxie [1]) stellt sich ein, allmählich wird Pat. immer stumpfer, verblödet in den letzten Monaten vollkommen und geht im epileptischen Anfalle nach einer Krankheitsdauer von 2 Jahren zugrunde.

Der Fall imponierte klinisch als eine grobe Herdläsion, die allmählich in tiefe Demenz überging. Es war nur auffällig, daß die Aphasie und auch die spätere Parese des Armes sich allmählich, ohne Attacke, entwickelten, was ja im allgemeinen nichts weniger als für eine Herderkrankung grob anatomischer Art charakteristisch ist; und da alle Anzeichen für Tumor fehlten, mußte man am ehesten an einen umschriebenen rindenatrophischen Prozeß denken; man mußte sich aber dann doch eine Vorstellung davon machen, welcher Art diese Rindenatrophie sein konnte. Das Alter des Pat., die Pupillenstarre, die Pleocytose, der Ausgang in vollständige Verblödung sprachen am ehesten für eine *Lissauer*sche Paralyse, deren Diagnose ja schon deswegen auch erschwert war, weil die Art der Demenz wegen des vollkommenen Ausfalls der Sprache nicht näher studiert werden konnte. Im Hinblick auf diese Momente schien dann später die Diagnose auf *Lissauer*sche Paralyse gerechtfertigt, und die Sektion bestätigte diese Annahme; man fand ein besonders in der linken Hemisphäre stark atrophiertes Gehirn, mikroskopisch diffus verbreitet den für die Paralyse typischen Befund, und in der linken motorischen Zone und im Temporallappen stellenweise spongiösen Rindenschwund. Im Rückenmark leichte Hinterstrangsdegeneration.

Die beiden eben dargestellten Fälle entsprechen wenigstens zum Teil der vorher diskutierten Möglichkeit, daß die bei der *Lissauer*schen Paralyse vorkommende Demenz nicht immer die typisch paralytische sein müsse; im ersten Falle war sie nur gering und mit Aphasie verknüpft, im zweiten Fall kam es zu tiefer Verblödung erst nach Ausbildung einer Aphasie, so daß es auch nicht möglich war, die Form dieser Demenz näher zu eruieren.

Im Zusammenhange mit der Frage der Abgrenzung der Paralyse müssen wir uns jetzt mit Fällen beschäftigen, die bei paralytischer

[1]) Publiziert von *A. Pick* in „Studien über motorische Apraxie", 1905, S. 94.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Veränderung eine von der typischen Paralyse noch in anderer Form abweichende Symptomatologie darbieten.

Nissl hat darauf aufmerksam gemacht, daß es Krankheitsfälle gibt, die, als Psychosen verschiedener Art diagnostiziert, erst mit der Zeit als Paralysen sich entpuppen; er beschreibt auch einen Fall, der mit Ausnahme einiger somatischer Zeichen, welche sich erst am Schlusse der Erkrankung einstellten (Dekubitus, Pupillenstarre), als katatonische Dementia praecox verlief, und den die histologische Untersuchung als Paralyse aufdeckte.

Über zwei ähnliche Fälle will auch ich hier berichten.

Fall IV. — 42 jähriger Ingenieur; vor 16 Jahren Lues; seit 2 Jahren neurasthenisch; Beginn mit mehreren epileptischen Anfällen mit Zungenbissen und Bewußtlosigkeit, an die sich eine vorübergehende Aphasie anschloß. Erste Aufnahme: der Kranke zeigte ein etwas kindisches Wesen, war sehr gesprächig, selbstbewußt; Pupillenstarre, Tremores. Nachdem Beruhigung eingetreten war, lebte er eine Zeitlang zu Hause; kam aber bald wieder in maniakalischer Exaltation, in starker motorischer Erregung; ideenflüchtig mit zeitweiser Steigerung zum Wortsalat, hin und wieder einige vorübergehende Größenideen: er sei Heiliger und habe göttliche Ideen; zeitweise leichte sensorische Sprachstörung; dann traten einigemal Zustände von mehrtägiger Stumpfheit und hypochondrischer Traurigkeit auf, die mit erregten Zeiten abwechselten; durch beinahe 14 Tage alternierten maniakalische und stumpf depressive Tage. Es entwickelt sich dann allmählich ein Zustand von läppisch-kindischer Demenz, andeutungweise ein kindisch betontes Selbstgefühl, aber ohne ausgesprochene Größenideen; er ist sehr beeinflußbar, äußert häufig stereotype hypochondrische Ideen; in diesem Zustand verbleibt er durch 2½ Jahre; zum Schluß treten dann einigemal rechtsseitige Krampfanfälle mit nachfolgender vorübergehender Parese auf, und der Kranke geht an raschem Marasmus zugrunde nach einer Gesamtkrankheitsdauer von 6 Jahren.

Die zu Lebzeiten einigemal gemachte Lumbalpunktion ergab ausgesprochene Pleocytose.

Die Diagnose war nicht mit Sicherheit zu machen; die Anfälle, die Aphasie und die Pupillenstarre konnten für Paralyse sprechen, es fehlte aber trotz der langen Dauer die typische Demenz und die typische Sprachstörung; der Kranke wurde zwar dement, die Demenz hatte jedoch vollends den Charakter der manirierten Demenz der Dementia praecox. In Anbetracht der somatischen Symptome, besonders der Krampfanfälle, aber auch wegen des täglich alternierenden zirkulären Zustandes wurde die Diagnose auf Paralyse gestellt, und die Sektion und mikroskopische Untersuchung bestätigten dieselbe: man fand eine ganz typische Paralyse mit stärkerer Atrophie der linken Hemisphäre.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall V. — 30 jähriger Beamter. Luische Infektion. Mehrfacher Abortus der Frau. Beginn mit Schwindelanfällen; ein Jahr später ein kurzer epileptischer Anfall, 2 Monate darauf ein weiterer Anfall, woran sich die Psychose anschloß. Er bot darin bei Fehlen jeglicher somatischer Zeichen das Symptomenbild einer kataton-negativistischen Dementia praecox, mit Mutazismus, Sprachverwirrtheit, sprachlichen und motorischen Stereotypien; nach 3 monatiger Krankheitsdauer traten zwei kurze epileptiforme Anfälle auf, und tags darauf stellten sich halbseitig beschränkte rhythmische Zuckungen im Bein, Arm und Gesicht ein, die durch 3 Tage andauerten, worauf dann 3 Tage später bei dem sonst marantischen Kranken der Exitus eintrat.

Die Lumbalpunktion zeigte ausgesprochene Pleocytose. Hier glich das psychische Krankheitsbild vollends dem einer Dementia praecox, denn initiale epileptische Krämpfe sind bei Dementia praecox keine große Seltenheit; erst die rhythmischen halbseitigen Zuckungen führten bei Berücksichtigung der zwar an und für sich nichts beweisenden Pleocytose zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Paralyse, und die Obduktion bestätigte die Diagnose. Es fand sich makroskopisch und mikroskopisch paralytische Cerebralerkrankung, die bereits zu leichter Atrophie geführt hatte.

Bevor wir zur klinischen und allgemein-pathologischen Bewertung dieser Fälle übergehen, will ich noch zwei weitere Krankheitsfälle skizzieren, bei denen die Diagnose noch schwieriger sich gestaltet hatte.

Fall VI. — 30 jähriger Arbeiter; starker Trinker (seit 1 Jahr aber abstinent), nichts von Lues bekannt. Seit 3 Jahren epileptische Anfälle. Seit 2 Monaten entwickelte sich ein reizbar dementer Zustand. Wurde in einem postepileptischen Erregungszustande eingebracht, nach dessen Abklingen eine ausgesprochene Aphasie verblieb. Somatisch bestand neben Myocarditis eine rechtsseitige Otitis media suppurativa mit Felsenbeinkaries; deswegen wurde auch an einen Schläfelappenabszess gedacht, das Ohr operiert und dabei die Dura mater freigelegt, jedoch normal befunden. Pat. war einfach dement, kindisch, sehr reizbar, bald ärgerlich, bald gutmütig, ohne daß die Demenz aber irgendeine charakteristische Färbung gehabt hätte. Die sensorische Aphasie (mit Alexie und Agraphie) zeigte Schwankungen, es entstand dann ohne vorherigen Anfall eine komplizierte vornehmlich ideatorische Apraxie; später traten wiederholt halbseitige und allgemein epileptische Anfälle auf, und nach einjähriger Beobachtung starb der Kranke an seiner Myocarditis.

Die Pupillen reagierten im Verlaufe der Erkrankung träge, es bestand deutliche Pleozytose, keine paralytische Sprachstörung.

Eine sichere Diagnose war sehr schwer zu stellen. Man hatte eine epilepsieähnliche Erkrankung vor sich, die zu einer in keiner Weise charakteristischen Demenz geführt hatte, und in deren Verlaufe auch ohne Anfälle



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aphasische und apraktische Störungen aufgetreten waren. Eine einfache Epilepsie konnte dies kaum verursachen, eine grobe Herderkrankung ebenfalls nicht, dagegen wies die Pleozytose auf eine Leptomeningitis hin, und diese mit der Pupillenträgheit ließ auch an Paralyse denken. Und auf Grund der Erfahrungen mit den *Lissauer*schen Paralysen wurde eine Paralyse diagnostiziert und dies, wie die Obduktion zeigte, mit Recht; denn anatomisch zeigte sich das Bild einer Paralyse mit besonders starker Atrophie der linken ersten Schläfewindung, mikroskopisch Paralyse und in der atrophischen Schläfewindung spongiöser Rindenschwund.

Der nächste Fall war noch komplizierter:

Fall VII. — 35 jährige Frau, verheiratet, kinderlos, nichts von Lues bekannt. Seit 10 Jahren epileptische Anfälle mit nachträglicher kurzdauernder Verwirrtheit. Wurde am 1. Oktober 1905 eingebracht, da sie nach einem epileptischen Anfalle in einen deliranten Verwirrtheitszustand verfiel. In leichtem Stupor eingebracht, zeigte die Kranke sprachliche Perseveration mit paraphatischen Verdrehungen und verblieb in gleichem Zustand mehrere Tage; es entwickelte sich eine perseveratorische Apraxie; nach 3 Tagen trat eine Art vorübergehender Rindenblindheit auf, in der sie ganz blind vorwärts drängte und erst beim Anstoßen stehen blieb; starrte dabei wie blind vor sich hin; schlief wenig, verunreinigte sich. Nach weiteren 3 Tagen tritt ein halluzinatorisch-deliranter Zustand mit perseverierenden Handlungen ein, dann wird sie etwas klarer, läßt sich fixieren, gibt Antworten, wobei die Sprache durch starkes Beben und paraphatische Wortverdrehungen stark verändert ist. Dabei apraktische Störungen meist auf Basis einer Perseveration.

Am 17. Oktober. Confabulierend, tags darauf wieder ein deliranter Zustand.

6. November. Auftreten einer linksseitigen totalen Fazialisparalyse ohne Anfall, die im Laufe von 14 Tagen verschwindet. Starkes Beben und Stolpern bei der Aussprache schwerer Worte.

20. Dezember. Status epilepticus von 14 allgemein-epileptischen Anfällen; im Anschlusse daran rhythmische, synchrone, kurze Zuckungen in verschiedenen Muskelgebieten von mehrstündiger Dauer. Nachher ständige Apraxie und sensorische Aphasie, die am 31. Dezember zu einer vollkommen unverständlichen Jargonparaphasie wird.

2. Januar. Tastlähmung der rechten Hand.

4. Januar. Störung der optischen Tiefenlokalisation durch falsches Zugreifen merkbar; immer stumpfer.

5. Februar. 2 Anfälle.

15. Februar. Scheint vollkommen blind zu sein. Schaut mit offenen Augen vor sich, stößt überall an, zwinkert bei Annäherung gar nicht, nur bei Beleuchtung mit einer starken Nernstlampe zuckt sie weg.

In der Folgezeit wiederholen sich die Anfälle oft serienweise, und Patientin geht am 27. April 1906 im postparoxysmalen Coma zugrunde.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Somatisch zeigte die Kranke außer dem bereits Erwähnten nichts Besonderes, die Pupillen waren normal, nur im epileptischen Anfall lichtstarr. Augenhintergrund normal. Starke Pleozytose des Liquor cerebrospinalis.

In diesem Falle bestand seit 10 Jahren typische Epilepsie; plötzlich verschlimmerten sich die gewöhnlichen postparoxysmalen Verwirrtheitszustände, es entstanden Paresen, eine artikulatorische Sprachstörung ähnlich der paralytischen, eine vornehmlich sensorische Aphasie, Rindenblindheit und Verstumpfung bis zu schwerster Verblödung.

Eine gewöhnliche Epilepsie konnte dies in so kurzer Zeit nicht machen, grobe Herdaffektionen mußten ausgeschlossen werden, die Pleozytose sprach für eine mit chronischer zerebrospinaler Meningitis einhergehende Erkrankung; deswegen wurde auch die Diagnose einer Paralyse von atypischem Verlaufe gestellt.

Die Sektion und mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Es handelte sich um eine Paralyse, die bereits zu leichter Atrophie geführt hatte; in beiden Okzipitallappen gerade in der Sehrinde an mehreren Stellen fand sich spongiöser Rindenschwund.

Meine Herren! Solche Krankheitsbilder, die, im allgemeinen vollkommen verschieden von den gewöhnlichen Paralysen, anatomisch dieselben Veränderungen im Gehirn zeigen wie letztere, sind wohl viel häufiger als man glaubt; sie dürften auch in viel größerer Zahl bekannt werden, wenn man sich in der Psychiatrie mehr als bisher mit den unklaren Fällen beschäftigen würde und besonders die histologische Durchforschung solchen Materiales eingehender betreiben würde, als es im allgemeinen geschieht.

Trotzdem in dieser Richtung viel zu arbeiten sein wird und das bisher bekannte noch sehr gering ist, lassen schon die bekannten und wenigen bearbeiteten Fälle prinzipiell sehr wichtige Fragen aufwerfen.

Vorerst die Kardinalfrage: hat darnach die Histologie des Gehirns für die Diagnose überhaupt eine Bedeutung?

Obzwar man im allgemeinen zugeben muß, daß alle gewöhnlichen Paralysen histologisch den geschilderten einheitlichen Befund im Gehirn aufweisen, gibt es einerseits wenn auch nicht viele Fälle, die von der Paralyse im klinischen Bilde mehr oder weniger abweichen und histologisch den Paralysebefund geben, und anderseits kommen Fälle vor, die klinisch als Paralyse aufgefaßt werden, es aber histologisch nicht sind. (Das sind zumeist Enzephalomalazien, vornehmlich luischer Art, arteriosklerotische Hirnatrophien usw.) Daraus können


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwei Anschauungen resultieren: Die Vertreter der einen Anschauung fassen die Paralyse als eine scharf begrenzte klinische Einheit auf, scheiden alle differenten Fälle aus und müssen unter diesen Umständen auch die Bedeutung des histologischen Befundes leugnen. Nach der anderen Anschauung ist die Paralyse eine bestimmte Zerebralerkrankung, und deshalb muß bei Aufstellung des klinischen Einteilungsprinzips in erster Linie die pathologische Anatomie berücksichtigt werden.

Der Hauptvertreter der klinischen Richtung ist *Klippel*, der, nach seinem auf dem XIII. Kongresse der französischen Psychiater in Brüssel 1903 gehaltenen Referate, unter Paralyse nur ein klinisches Syndrom verstanden wissen will, das durch verschiedenartige degenerative Erkrankungsprozesse der Hirnrinde, wenn sie nur diffus auftreten, verursacht werden kann, und dem kein einheitlicher pathologischer Prozeß zugrunde liegt; er subsumiert deshalb alle Paralysen oder denen symptomatologisch ähnliche Krankheitsbilder in eine große Gruppe, die er nach mehreren klinischen und ätiologischen Prinzipien zerteilt.

Die anatomische Richtung wird vertreten von *Nissl* und *Alzheimer*, welche, auf Grund der so großen Regelmäßigkeit des Paralysebefundes bei klinisch sicheren Paralysefällen, den pathologischen Prozeß als das für die Fixierung der Krankheit und deren Symptomatologie Maßgebende ansehen. Ich glaube, daß die letztere Ansicht schon a priori die einzig richtige ist. Denn vom allgemein-pathologischen Standpunkte aus sieht man, daß in allen Disziplinen, die sich auf die pathologische Anatomie stützen, überall bei der Auffassung der Krankheit der pathologische Begriff über den klinischen gesetzt werden mußte. Die Krankheiten, die wir zu studieren haben, werden dadurch hervorgerufen, daß die Natur bestimmte Veränderungen am Organismus setzt, welche sich für uns während des Lebens in bestimmten Symptomen äußern. Diese Symptome studieren wir und versuchen sie zu klassifizieren. Solange wir die Veränderungen der Organe selber, welche diese Symptome verursachten, nicht kannten, gab es eine M e d i z i n d e r S y m p t o m e; mit den Fortschritten der pathologischen Anatomie lernte man die Krankheitsprozesse kennen und klassifizierte die Symptome am Lebenden auf Grund der erkannten Organveränderungen, man setzte statt des


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

künstlichen Systems ein natürliches System ein. Und daß die Einführung der pathologischen Anatomie als Grundlage für ein natürliches System dem Fortschritt der Medizin in ungeahnter Weise zugute kam, lehrt die Entwicklung der inneren Medizin und der meisten anderen medizinischen Zweige in den letzten 50 Jahren.

Nun ist das klinische Symptom schon in der internen Medizin sehr variabel; wie variabel sind erst die Symptome in der Psychiatrie, wo wir bei unseren jetzigen Untersuchungsmethoden kaum die allergröbsten Abweichungen wirklich präzise erfassen, definieren und benennen können, wogegen noch so manches mehr herausgefühlt wird oder sich unseren Augen noch vollends verbirgt; wo so häufig alte Krankheitsgruppen umgestoßen, neue aufgestellt und die Grenzen immer wieder nach neuen Prinzipien neu gesteckt werden! Hingegen ist die anatomische Veränderung, wenn sie vorhanden ist, immer etwas Greifbares. Aus diesen Gründen soll eben auch in der Psychiatrie die pathologische Anatomie mehr berücksichtigt werden, selbstverständlich soweit es die bisherigen Kenntnisse gestatten; und dies ist momentan zum mindesten für die Paralyse möglich. Es läßt sich auch die klinische Symptomatologie mit den anatomischen Erfahrungen ganz leicht in Einklang bringen, nur darf man bei der klinischen Bewertung der Symptome nicht gar zu engherzig sein. (In neuerer Zeit habe ich versucht, auch die Presbyophrenie von anderen senilen Prozessen auf Grund der Histopathologie abzugrenzen, und weitere darauf gerichtete Untersuchungen beweisen die Richtigkeit meiner früheren Aufstellung.)

Den Ausgangspunkt zu diesen Betrachtungen muß selbstverständlich die klinisch einwandfreie, typische progressive Paralyse bilden; aber diese ist klinisch nicht vollkommen einheitlich, denn die verschiedensten für andere Krankheiten mehr oder weniger charakteristischen Symptome kommen auch hier, eventuell nur episodenhaft, zur Beobachtung: zirkuläre, delirante Zustände, der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex, katatone Züge, epileptiforme Anfälle mit Dämmerzuständen usw.; das für die gewöhnliche Paralyse Charakteristische ist dagegen die schleichende Entwicklung, die Art der Prodrome, die somatischen Symptome, die krampf- und paretischen Anfälle inbegriffen, und die eigenartige Demenz. Nun ist es von vornherein als möglich anzunehmen, daß eventuell einmal


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch die episodischen und sonst nicht charakteristischen Symptome derartig hervortreten können, daß sie alles andere überragen und das ganze Krankheitsbild überwuchern; wenn man bedenkt, daß die Demenz und gar viele der somatischen Zeichen nur Ausdruck der weitgediehenen Hirnveränderung sind, muß man zu dem Schlusse kommen, daß besonders diejenigen Fälle der Diagnose die größten Schwierigkeiten verursachen, die vor der Ausbildung der schweren paralytischen Demenz zugrunde gehen.

Ich habe hier mehrere derartige Fälle kurz geschildert, und ich hätte diesen Standpunkt gerade wegen der Variabilität der Symptome nicht so kategorisch vertreten können, wenn es mir nicht durch entsprechende Beurteilung aller Umstände und auf Grund längerer Erfahrung durch die histologische Untersuchung durchwegs gelungen wäre, bei allen die Paralyse zum mindesten mit großer Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren. Und das beweist am besten die Zusammengehörigkeit des klinischen Krankheitsbildes mit der anatomischen Organveränderung.

Auf Grund dieser Überlegungen ist die Paralyse als eine besondere Erkrankung des Zentralnervensystems anzusehen, die zwar klinisch in der verschiedensten Art verlaufen kann, welchen verschiedenen Verlaufsarten aber die bekannten somatischen Zeichen und eine allmählich fortschreitende und bei genügend langer Dauer sehr tiefgehende Demenz von meist charakteristischer Färbung gemeinsam ist.

Klinisch können wir diese verschiedenen Verlaufsarten etwa in folgende Gruppen zusammenfassen:

1. Die typische Paralyse, das allbekannte Krankheitsbild. die infantile und juvenile Paralyse inbegriffen.

2. Die *Lissauer*sche oder Herdparalyse; mit diesem Namen würde ich jene Krankheitstypen bezeichnen, bei denen Herderscheinungen vorübergehender oder dauernder Art, wenigstens zeitweise, das Bild beherrschen, die entweder schon zu einer Zeit auftreten, wo noch keinerlei wesentliche psychische Störungen vorhanden sind, oder aber bei schon mehr oder weniger entwickeltem paralytischen Allgemeinzustand sich einstellen.

Nach der Art der Herdaffektionen könnte man diese Fälle in drei Untergruppen teilen:

a) Fälle mit zerebralen Herdsymptomen (*Lissauer*);



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) zerebellare Form (*Räcke*, *Alzheimer*, *Sträussler*), bei denen durch eine stärkere Kleinhirnaffektion Kleinhirnsymptome zeitweise im Vordergrund stehen.

c) Fälle mit choreiformen Anfällen, wahrscheinlich durch eine primäre Thalamusaffektion bedingt (*Alzheimer*).

3. würde ich eine Gruppe abgrenzen, für die der Name atypische Paralyse zu reservieren wäre. Das sind diejenigen Fälle, welche unter ganz unbestimmten psychotischen Zügen verlaufen, auch manchmal andere Psychosen imitieren, dabei zumeist irgendwelche der somatischen Stigmen der Paralyse zeigen, und die auch gewöhnlich mit einer wenn auch nicht immer typischen Demenz enden. Auch diese Fälle könnten in einzelne Untergruppen eingereiht werden:

a) Fälle, bei denen vornehmlich katatone Züge das Bild beherrschen, also wie der Fall von *Nissl* und die hier angeführten Fälle IV und V.

b) Die senilen Paralysen, die klinisch der senilen Demenz ähneln, und bei denen auch die somatischen paralytischen Zeichen häufig zurücktreten;

c) foudroyante Formen unter dem Bilde des Delirium acutum.

d) wäre hier einzurechnen ein Teil der Tabespsychosen.

Bekanntlich entstehen bei ausgebildeter Tabes — die Taboparalyse ausgeschlossen — nicht so selten Psychosen von paranoisch-persekutorischer Färbung, die nach mehr schleichendem Verlaufe doch manchmal in Demenz enden. Wie *Alzheimer* darauf hingewiesen hat, zeigen dann viele solcher Fälle die paralytischen Veränderungen in der Hirnrinde; in allerletzter Zeit haben *Masoin* und *D'Hollaender* einen Fall von einer derartigen Tabespsychose beschrieben, wo, ohne daß formale Demenz vorhanden gewesen wäre, im Gehirn eine initiale paralytische Gewebsveränderung nachzuweisen war. Aber nicht alle derartige Tabespsychosen sind histologisch Paralysen, wie auch *Alzheimer* betont. Ich habe Gelegenheit gehabt, zwei ganz ähnlich verlaufende Falle zu untersuchen; der eine, ohne Demenz, zeigte im Gehirn außer einem Tuberkel nichts Besonderes, der andere, mit ausgesprochener Demenz, hatte im Stirnlappen ausgebreiteten spongiösen Rindenschwund, aber nichts von Paralyse. Meiner Erfahrung nach läßt sich jedoch aus dem klinischen Zustandsbilde (wenn sonst typisch paralytische Züge fehlen) bei einer solchen


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabespsychose nicht bestimmen, ob sie zur Paralyse gehören oder nicht; vielleicht wird ein eingehenderes Studium solcher Fälle in dieser Hinsicht noch weitere Aufklärungen bringen.

e) Die epileptische Form der Paralyse.

Hierher gehören die mitgeteilten Fälle VI und VII, die nach mehrjährigen einfach epileptischen Vorstadien mit einer immer tiefergehenden Demenz und Herderscheinungen endeten, welch letztere Ähnlichkeit mit den Herderscheinungen bei der Herdparalyse hatten, und denen auch ein spongiöser Rindenschwund zugrunde lag. Als was ist hier die jahrelang bestandene Epilepsie anzusehen? Ist letztere als genuine Epilepsie aufzufassen, an die sich eine Paralyse anschloß, oder beziehen sich die Krämpfe schon auf eine nur sehr langsam einschleichende paralytische Rindenveränderung, sind sie demnach nur paralytische Vorstadien besonderer Art? Diese Fragen lassen sich heute gar nicht beantworten, da bisher nur sehr wenig gut studiertes histologisches Material verhanden ist. *Alzheimer* hat einen solchen Fall mitgeteilt (l. c. Fall XXIV) bei einer 16 jährigen Imbezillen, die durch 14 Jahre an Epilepsie litt, immer mehr verblödete und sich schließlich bei der mikroskopischen Untersuchung als Paralyse entpuppte. Von einem ähnlichen Falle berichtet *Vogt*, und auch ein Fall *Havets* dürfte hergehören. Weiter berichten *Sighicelli* und *Wattenberg* von je einem Falle von genuiner Epilepsie, die als typische Paralyse endete. Das sind zwar noch sehr wenige Fälle — der letzterwähnte ist nicht einmal anatomisch untersucht, scheidet also als etwas zweifelhaft aus — dennoch darf man solche Fälle nicht übersehen, muß sie vielmehr immer im Auge behalten, bis sich durch darauf gerichtete Aufmerksamkeit vielleicht ein größeres Material ergeben wird, das genauere Aufschlüsse bringen könnte.

4. Die stationäre Paralyse, die auf Grund mehrfacher Beobachtungen und der exakten Bearbeitung durch *Alzheimer* und *Gaupp* zur progressiven Paralyse gerechnet werden muß. —

Diese Gruppierung rechnet nicht mit scharf abgegrenzten Krankheitsgruppen — Übergänge wird es ja immer geben —, sie trägt nur einem klinischen Bedürfnis Rechnung, indem sie, die Grundsymptome als Basis nehmend, die sonst differenten Symptome wieder zusammenfassend gruppiert. Dabei sehen wir, daß die hier geschilderten epileptischen Formen viel Verwandtes mit den Herdparalysen haben, wir haben erwähnt, daß



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die letzteren in den Endstadien unter Umständen wie gewöhnliche Paralysen sich darstellen, und auch unsere atypischen Formen können bei längerer Krankheitsdauer in ein der typischen Paralyse zukommendes Stadium übergehen. Und gerade dieser Umstand, dieses Ineinanderfließen beweist die Zusammengehörigkeit aller dieser Krankheitstypen und spricht für die Aufstellung einer natürlichen Krankheitsgruppe der Paralyse als anatomische Hirnerkrankung von ganz bestimmter Art.

Es wird ja gewiß noch immer Fälle geben, die der Diagnose Schwierigkeiten bereiten werden, aber dies kann bei Erwägung aller hier erwähnten Umstände nicht zu dem Urteil führen, daß der hier dargelegte Standpunkt unrichtig ist, sondern eher zu dem Bekenntnis, daß unsere klinische Diagnostik noch weiterer Verfeinerung bedarf, und daß dabei dem Mikroskope eine mitbestimmende Rolle zukommen dürfte.

Diese Auffassung wird auch dadurch nicht gestört werden, daß, wie die Untersuchungen der letzten Jahre ergeben haben, die Schlafkrankheit, welche mit der Paralyse gewisse Ähnlichkeit hat, auch anatomisch ähnliche Veränderungen aufweist; denn wie gerade *Spielmeyer*, der diese Frage zuletzt am ausgedehntesten bearbeitet hat, erwähnt, ist histologisch bei aller Ähnlichkeit immer ein prinzipieller Unterschied in dem Verhalten der Infiltrate zu verzeichnen. Und schließlich ist die Ätiologie der Schlafkrankheit eine so sicher erweisbare, die klinischen Symptome doch derartig von der Paralyse different, daß der hier vorgebrachte Standpunkt in keiner Weise dadurch tangiert wird.

IV.

Können wir vom anatomischen Standpunkte zur Frage: „Sind die bei der Paralyse gefundenen Veränderungen als syphilitisch oder nicht syphilitisch aufzufassen?“ Stellung nehmen, und was hat man sich unter „Lues cerebri“ vorzustellen?

Im Verlaufe der luischen Infektion kommen, abgesehen vom Primäraffekt und den sekundären Erscheinungen, welche für unser Thema ohne Belang sind, noch die als tertiäre Symptome zusammengefaßten Veränderungen vor, und zwar die syphilitische Endarteriitis,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

das Gumma und eine ganze Reihe verschieden abgestufter degenerativer Organveränderungen mit chronisch-hyperplastischer Entzündung (hierher wird z. B. gerechnet die luische Hepatitis simplex, syphilitische Splenitis, Nephritis, Iritis, Ostitis usw.).

Die Endarteriitis, von *Heubner* besonders studiert, ist im allgemeinen in ihrer Pathogenese bekannt und kann im Gehirn durch Behinderung des Blutkreislaufes die verschiedensten Störungen hervorrufen. Am besten von diesen bekannt ist die Erweichung, die Zerstörung der Hirnsubstanz durch Verlegung eines Gefäßes; es ist auch selbstverständlich, daß schon durch Verengerung eines Gefäßlumens auch ohne vollkommene Absperrung die Zirkulation wesentlich beeinträchtigt und die Funktion des Gehirns gestört werden muß; man kennt auch im Gehirn atrophische und Degenerationsprozesse, welche im Gefolge der Arteriosklerose vorkommen, doch sind diese Krankheitsformen weniger für die syphilitische Gefäßerkrankung als für die Alters-Arteriosklerose (besonders von *Alzheimer*) studiert.

Die gröberen durch die syphilitische Endarteriitis bedingten Herderkrankungen des Gehirns unterscheiden sich anatomisch und klinisch im allgemeinen gar nicht von anderen, außer daß ihre Ätiologie eine andere ist, und die Symptome im allgemeinen nur von der Lokalisation des Herdes abhängig sind. Es kommt nun im Gefolge derartiger Herderkrankungen gar nicht selten zu Demenzzuständen, aber bekanntlich nicht bei allen, sondern nur bei einem gewissen Prozentsatz, wobei zu bemerken ist, daß nicht gerade die Größe, ja nicht einmal die Lokalisation die zukünftige Demenz bestimmt. Wovon diese Demenz abhängig ist, ist heute weder klinisch noch anatomisch sichergestellt; es macht mir nach dem Materiale, das ich bisher zu sehen Gelegenheit gehabt habe, den Eindruck, daß die durch eine syphilitische Endarteriitis verursachten Herdläsionen des Gehirns viel eher zur Demenz führen als andere.

Das Gumma, dessen Anatomie ich hier wohl nicht schildern muß, wirkt, namentlich wenn es solitär auftritt, ebenfalls als Herderkrankung, eventuell als raumbeschränkender Tumor. Kleinere meist multiple oder miliare Gummen in den Meningen verursachen eine stärkere sulzige Veränderung derselben, welche sich meist an der Hirnbasis findet, und bilden die sogenannte gummöse Meningitis. Auch in der Hirnrinde selbst kommen, und zwar bis jetzt nur bei Paralysen beobachtet


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(*Sträussler*), miliare Gummen vor, ohne daß sich bisher ihre klinische Bedeutung feststellen ließ.

Diese Prozesse werden gewöhnlich spezifisch luisch genannt, gegenüber anderen, die wir noch später berühren werden. Der Begriff der Spezifität ist aber gar nicht scharf definierbar; er wird in der verschiedensten Weise aufgefaßt, und schon dadurch ist der Boden für Mißverständnisse und Verwirrung gegeben.

Vorerst kann der Begriff des Spezifischen vom bakteriologischen Standpunkte aus definiert werden; dann würde es etwa nur diejenigen Prozesse charakterisieren, die direkt und unmittelbar durch das infektiöse Agens, nach unseren heutigen Anschauungen durch die Spirochaete pallida, hervorgerufen werden; dann könnten wir jedoch bei unseren heutigen Kenntnissen von der Lues nicht viel Definitives sagen, da die Bakteriologie der Lues sich noch in den Anfängen befindet.

Weiter könnte die Spezifität anatomisch aufgefaßt werden, wenn die anatomische und histologische Beschaffenheit des Prozesses einem bestimmten Krankheitsprozesse entsprechen würde. Aber trotzdem das Gumma und die durch die Lues entstandenen Gefäßveränderungen ihre anatomischen Eigentümlichkeiten haben, gibt es, wie das ja schon wiederholt betont worden ist (*Virchow*, *Cornil*, *Baumgarten*, *Böttiger*, *Nonne* usw.), so viele Ähnlichkeiten mit anderen Gefäßerkrankungen einerseits und der Tuberkulose und manchen Sarkomgeschwülsten anderseits, daß man unter Umständen aus dem histologischen Bild allein, ja auch nicht einmal unter Verwendung anderer differential diagnostischer Momente, eine sichere Diagnose nicht stellen kann. Also trotz der histologischen Wohlcharakterisierung fehlt uns noch das sichere Moment der Spezifität, und so bleibt nur der klinische Standpunkt. Dieser bietet erst recht große Schwierigkeiten; denn der einfachste Weg, das Registrieren aller Prozesse, die bei Luikern vorkommen, geht nicht an, weil man alles das als luisch ansehen könnte, was bei Luikern vorkommt. Weiter könnte als klinisches Reagens die Beinflußbarkeit durch Jod und Quecksilber betrachtet werden; aber auch die stimmt nicht, denn gerade von den Gummen des Gehirns weiß man, daß sie auf die antisyphilitische Kur gewöhnlich nicht reagieren.

Wenn wir nun beim Gumma und der Endarteriitis, die doch eine halbwegs fixierbare histologische Charakteristik haben, über deren


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Spezifität nichts Bindendes aussagen können, wie schwierig ist dies erst bei den einfachen chronisch-hyperplastischen Entzündungen, die ähnlich wie in der Leber usw. auch im Gehirn in verschiedensten Unterformen vorkommen! Diese wollen wir noch kurz schildern.

Da kommt erstens in der Umgebung von Gummen eine aus Plasmazellen und Lymphozyten bestehende Infiltration vor, die sich auch weiter in die Hirnsubstanz hineinerstreckt. Diese Entzündung gleicht im allgemeinen jener, welche um Tuberkelknoten, Tumoren usw. entsteht. Man kann sich nun denken, daß nach einer spezifischen Behandlung die Gummen schwinden und die Entzündung der Meningen und der Hirnsubstanz bleibt; ist dies dann überhaupt als „luische" Meningitis und Enzephalitis aufzufassen? Aus der histologischen Beschaffenheit selbst läßt sich das nicht erschließen. In der älteren Literatur und in vielen Lehrbüchern wird von einer einfachen plastischen Meningitis als syphilitischer Zerebralerkrankung gesprochen, doch nirgends wird eine von den hier besprochenen Gesichtspunkten aus gründlich durchgearbeitete Kasuistik gebracht. Aus der neueren Literatur sind mir nur zwei hier in Betracht kommende Fälle von *Meyer* bekannt. Es sind das zwei klinisch als Paralysen diagnostizierte Fälle, bei denen die histologische Untersuchung nur eine chronische Leptomennigitis, aber keine entzündlichen Veränderungen in der Hirnrinde zeigte, und wo in einem der Fälle sich daneben auch noch ein kleines meningeales Gumma im Rückenmark befand. *Meyer* deutet den Befund als syphilitische Meningitis.

Eine besondere Art von chronischer Meningitis beschrieb *Alzheimer*; das Charakteristische dieser Form besteht darin, daß die Meningen stellenweise sehr stark infiltriert sind, und daß sich die Infiltration gegenüber der der Paralyse nur unterhalb der stärksten Meningealaffektion in die Hirnrinde hineinerstreckt. Gewiß unterscheidet sich diese Meningealerkrankung wesentlich von paralytischen Prozessen, doch finde ich einstweilen noch nicht genügend Kriterien, um sie mit *Alzheimer* als einen direkt luischen Prozeß zu erklären.

Nun ist die Rindenerkrankung bei der Paralyse auch nichts anderes als eine chronische Entzündung mit Degenerationsvorgängen, und da die Paralyse wohl nur bei Luikern vorkommt, folgt daraus die Frage, ob der paralytische Prozeß vom anatomischen Standpunkte als eine spezifische oder direkt luische Erkrankung erklärt werden


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann. Im allgemeinen wird dies negiert; histologisch ist der Prozeß in keiner Weise für Lues charakteristisch, die spezifische Therapie versagt in der Regel, und deshalb wurde die Paralyse nicht auf eine direkte Einwirkung der Lueserreger selbst zurückgeführt, sondern als eine Folge der seinerzeit eventuell schon vorübergegangenen Lues angesehen, also das, was man als meta-, para- oder postluisch bezeichnet hat. Es wurden auch noch bei keiner Paralyse Spirochaeten im Gehirn gefunden. In der neueren Zeit hat aber doch die Ansicht, daß die Paralyse eine direkt luische Erkrankung ist, mehrfach Vertreter gefunden. Auf Grund klinischer Statistik faßte *Hirschl* den Zusammenhang der Lues und der Paralyse derart auf, daß er die letztere für eine luische Meningoenzephalitis erklärte; ähnlich äußert sich auch *Ris*, für den die luischen Zerebralerkrankungen eine kontinuierlich ineinander übergehende Reihe bilden, die mit dem Gumma anfängt und über die gummöse Meningitis zur einfachen paralytischen Meningitis führt. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt *Bosc*. *Lesser* sieht in der Paralyse ebenfalls eine luische Erkrankung, die direkt durch den Lueserreger verursacht wird, die aber von den anderen luischen Prozessen zu trennen ist und in ein quartäres Stadium der Lues gehört.

Wie nun die oben vorgebrachten Kriterien der Spezifität gezeigt haben, läßt uns für diese Frage sowohl die Bakteriologie als auch die Histologie im Stich, so daß wir nur aus dem statistischen Zusammenhang mit der Lues die Spezifitätsfrage lösen können. Und da ist es doch im allgemeinen Auffassungssache, ob luisch oder postluisch; die Pathologie der Paralyse und der anderen fraglichen entzündlich-degenerativen Prozesse wird dadurch nicht tangiert, es wird nur dem Begriffe der Lues eventuell eine etwas weitere Grenze gesetzt. Ob dies berechtigt ist, kann ich nicht entscheiden, wenigstens nicht vom anatomischen Standpunkte, und würde deswegen vorschlagen, einstweilen den Begriff der syphilitischen Prozesse nur für das Gumma, die Endarteriitis und die gummöse Meningitis beizubehalten[1]); dagegen

[1]) Als vom bakteriologischen Standpunkte spezifisch-luisch muß die bei syphilitischen Föten gefundene und besonders von *Ranke* studierte Meningoenzephalitis angesehen werden; doch habe ich dieselbe nicht näher erörtert, weil sie als Teilerscheinung einer allgemeinen hochgradigen Spirochaetenseptikämie von den hier in Frage kommenden Prozessen prinzipiell differiert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 22:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

muß die syphilitische Natur der anderen oben erwähnten entzündlichen Prozesse als noch nicht genügend anatomisch und allgemein pathologisch bewiesen[1]) bezeichnet werden.

Außer den hier eben erwähnten durch die Lues verursachten Prozessen findet sich in der Literatur noch die sogenannte diffuse Lues cerebri erwähnt. Ich muß, offen gestehen, daß, je länger ich mich mit der Literatur befasse, desto unklarer mir sowohl die klinische als auch die anatomische Stellung dieses Krankheitsbegriffes erscheint, besonders deshalb, weil anatomische Erfahrungen einwandfreier Art, die diesen Krankheitsbegriff festigen würden, fehlen.

Die ganze „Lues cerebri"-Frage wurde angebahnt, als man nach *Fournier* zwei Arten von Paralyse unterschied: solche ohne nachweisbare Lues, die einfachen Paralysen, und solche, die auf Grund einer luischen Infektion entstanden, die damals sogenannten luischen Pseudoparalysen. Der Ausgangspunkt dieser Lehre von der diffusen Lues cerebri scheinen die erst später richtig erkannten *Lissauer*schen Herdparalysen gewesen zu sein. Von diesen ist heute zur Genüge bekannt, daß sie bei häufig positiver anamnestischer Lues vorübergehende Herderscheinungen aufweisen, welche manchmal nach spezifischer Therapie, gelegentlich aber auch ohne dieselbe zurückgehen. Geht man die Literatur der sogenannten diffusen Lues cerebri durch, so findet man, wenn überhaupt eine Schilderung des Krankheitsbildes in präziserer Form gebracht wird, Symptome, die vollends auf eine Herdparalyse hindeuten. Gerade in der letzten Zeit haben einzelne französische Autoren sich bemüht, die Differentialdiagnose der Paralyse und Lues cerebri zu präzisieren, doch kann ich deren Schlüssen nicht folgen. Von den in der Literatur besonders der neueren Zeit vertretenen Ansichten sollen folgende als die wichtigsten erwähnt werden. Für *Ladame* sind die Paralyse und die diffuse Lues cerebri zwei anatomisch und klinisch vollkommen differente Erkrankungen; ich kann mich seiner klinischen Einteilung nicht anschließen, da alle die von ihm aufgezählten Symptome vollends auf *Lissauer*sche Herdparalyse hinweisen. Nach ihm unterscheidet sich die Lues cerebri diffusavon der Paralyse:

---

[1]) Dasselbe muß ich auch für die von *Alzheimer* beschriebene syphilitische Veränderung der kleinsten Hirngefäße annehmen, welcher gewiß eine große pathologische Bedeutung zukommt, deren luische Natur mir aber wegen der doch geringen Anzahl von Beobachtungen nicht genügend bewiesen erscheint.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. durch apoplektiforme Anfälle mit bleibender Störung;

2. Herdläsionen verschiedener Lokalisation;

3. schubweise Entwicklung der Krankheit und endliches Stehenbleiben des Prozesses;

4. Einschränkung der intellektuellen Funktionen ohne deren Aufhebung;

5. Bestehenbleiben der Kenntnis der eigenen Persönlichkeit;

6. Wirksamkeit der spezifischen Therapie.

Anatomisch sind nach *Ladame* die Veränderungen bei der „diffusen Lues cerebri" denen bei der Paralyse sehr ähnlich, nur daß eine obturierende Endarteriitis hinzukommt. Wenn man alle in den vorigen Kapiteln erörterten Momente berücksichtigt und in Betracht zieht, daß *Ladame* nur einen einzigen eigenen Fall beschreibt, wird man jedenfalls weiteren Beweisstücken entgegensehen dürfen. *Dupré* und *Devaux* behaupten, daß histologisch bei der „diffusen Hirnsyphilis" nur Lymphozyten, bei der Paralyse nur Plasmazellen in den Infiltraten sich finden, ein Standpunkt, dem ich nicht zustimmen kann, da ich noch keinen Fall von Paralyse gesehen habe, bei dem nicht Plasmazellen und Lymphozyten nebeneinander vorgekommen wären. Sowohl vom klinischen als auch vom anatomischen Standpunkte am interessantesten ist die Aufstellung von *Mahaim*; für ihn ist es überhaupt nicht möglich, anatomisch einen Unterschied zwischen „diffuser Hirnsyphilis" und der Paralyse zu finden, das heißt also, beide Krankheiten haben dieselbe pathologische Grundlage; statt aber daraus zu schließen — besonders bei den vielen Übergängen, die die Klinik aufweist —, daß es sich um eine einzige Krankheit handelt, kommt *Mahaim* zu dem Schlusse, daß es doch zwei differente Krankheiten sind, die nicht histologisch, sondern einzig und allein klinisch unterschieden werden können; nach dem zuvor über Krankheit und pathologischen Prozeß bereits Erörterten müssen wir diesen Standpunkt ablehnen.

Außer diesen als Lues cerebri diffusa aufgefaßten Krankheitsbildern, die wir wegen der vielen Übergangstypen und wegen des endlichen Ausgangs in paralytische oder paralyseähnliche Verblödung am ehesten zu den Paralysen rechnen können, findet man vielfach in der Literatur Angaben über verschiedene psychotische Zustände — und es gibt wohl keine Psychose, die nicht auch einmal darunter zu finden wäre, obzwar am häufigsten maniakalische Zustandsbilder er-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wähnt werden —, die bei Syphilitikern mit oder ohne syphilitische somatische Zeichen aufgetreten sind; von vielen dieser Fälle wird berichtet, daß sie nach spezifischer Behandlung in Besserung oder Heilung übergegangen sind, woraus man auf eine direkt syphilitische Genese schloß und als Grundlage luische Veränderungen des Gehirns diffuser Art annahm. Anatomische Untersuchungen solcher Fälle existieren aber nicht, so daß wir über die Grundlage dieser Zustände nur auf Vermutungen angewiesen sind. Man nimmt an, daß derartige Erkrankungen entweder auf tatsächliche diffus-luische Hirnprozesse heilbarer Art zurückzuführen sind oder auf funktionelle cerebrale Schädigung, die durch eine Art syphilitischer Dyskrasie bedingt wären.

Vielleicht könnten aber einzelne von diesen Erkrankungen noch anders gedeutet werden. Schon in der älteren Literatur findet man wiederholt, daß es bei der Paralyse unter Umständen zur Heilung kommt; bedenkt man, wie unsicher früher die Stellung der Paralyse und deren klinische Diagnostik noch war, wird man sich diesen Angaben gegenüber mit Recht skeptisch verhalten. Aber auch in der neueren Literatur finden sich Fälle, die klinisch kaum Zweifel an der Diagnose Paralyse zulassen, und die zu vollkommener Genesung geführt haben (*Schüle*, *Schäfer*, *Tuczek*, *v. Halban*). Sind diese Fälle tatsächlich nur als durch die Unzuverlässigkeit unserer klinischen Diagnostik bedingte Fehldiagnosen anzusehen? Oder aber wäre eine Heilung der Paralyse doch möglich? Dafür könnte der Umstand sprechen, daß die Paralyse eine gar nicht so selten in Remissionen verlaufende Krankheit ist, und daß eine solche Remission unter Umständen auch für lange Zeit persistieren kann. Dann hätten wir nach der Art der Remission entweder einen Stillstand, wie er bei den stationären Paralysen vorkommt, oder eventuell auch eine Art von Heilung. Wenn wir letzteres zugeben, so müssen wir auch zugeben, daß beginnende Paralysen wahrscheinlich günstigere Chancen hätten, und da unter Umständen die initialen Zustände sehr schwer mit Sicherheit zu diagnostizieren sind, könnten eventuell auch manche der sogenannten syphilitischen Psychosen so gedeutet werden. Das alles sind Fragen von prinzipieller Bedeutung, die wir aber heute nicht lösen können, da weder von klinischer noch anatomischer Seite zwingende Beweise in irgendeiner Richtung erbracht werden können.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach unseren heutigen Kenntnissen würde Referent mit folgendem Resumee schließen:

1. Der Paralyse liegt eine histologisch wohlcharakterisierte Hirnveränderung zugrunde, doch darf die Diagnose nicht aus einzelnen der Veränderungen gestellt werden, sondern erst die Summe der gesamten hier bekannten Hirnveränderungen sichert die Diagnose;

2. Der histopathologische Prozeß ist ein Parenchymschwund, verbunden mit chronischer Entzündung, wobei eines vom anderen als unabhängig angesehen werden muß;

3. Für die Feststellung des klinischen Begriffes der Paralyse hat in erster Linie die Histopathologie zu dienen;

4. Vom klinischen Standpunkte kann man vier Unterarten der Paralyse unterscheiden:

a) die gewöhnliche Paralyse;
b) die *Lissauer*sche oder Herdparalyse;
c) die atypische Paralyse;
d) die stationäre Paralyse;

5. Die progressive Paralyse kann vom anatomischen Standpunktt einstweilen nicht als eine direkt syphilitische Veränderung aufgefaßt werden.

Verzeichnis der zitierten Arbeiten.

Alzheimer, Ein Fall von luetischer Meningomyelitis und Enzephalitis. Arch. f. Psych. Bd. 29.

Alzheimer, Über atypische Paralysen. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 59.

Alzheimer, Histologische Studien zur Differenzialdiagnose der progr. Paralyse. Histol. u. histopathol. Arbeiten über die Hirnrinde, herausgegeben v. Fr. Nissl. Bd. I.

Alzheimer, Progr. Paralyse und endarteriitische Hirnlues. Sitzungsbericht. Zentralblatt f. Nervenheilk. 1905. p. 443.

Athias u. *França*, Sur la présence de „Mastzellen" dans les vaisseaux cort. chez un paral. général. Compt. rend. de la soc. de Biol. 1901.

Ballet, Les lésions des neurofibrilles dans la paral. génér.

Bielschowski u. *Brodmann*, Zur feineren Histologie und Histopathologie der Großhirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der progr. Paralyse. Journal für Psych. u. Neur. 1905.

Binswanger, Die patholog. Histologie der Großhirnrindenerkrankung bei der allgem. progress. Paralyse. Jena 1893.

Binswanger, Die Abgrenzung der allgemeinen progr. Paralyse. Berliner klin. Wochenschrift 1894. Nr. 49.


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Binswanger, Beitrag zur Pathogenese und differenziellen Diagnose der progr. Paralyse. Virchows Archiv Bd. 154.

Borda, Paralysie génér. progressive. Riv. de la soc. méd. argent. tome XIII 1906.

Bose, Nature syphilitique des lésions de la paral. génér. Comptes rend. de la soc. de Biol. 1906, No. 17.

Buchholz, Über die akut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica. Arch. f. Psych. Bd. 36.

De Buck, Histopathologie de la paral. génér. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. 1904.

Cramer, Pathologische Anatomie der Psychosen. Handbuch der pathol. Anatom. des Nervensystems.

Dagonet, Sur la persistance des neurofibrilles dans la paralysie génér. Annal. méd.-psychol.

Dupré et *Devaux*, Paralysie génér. et syphil. cérebr. diffuse. Arch. de neurol. 1905. Bd. II.

Fischer, Über einen eigenartigen Markfaserschwund in der Hirnrinde bei Paralyse. Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 22.

Fischer, Über den fleckweisen Markfaserschwund in der Hirnrinde bei progressiver Paralyse. Arbeiten aus der deutschen psych. Universitätsklinik in Prag. 1908.

Greppin, Ein Fall von progr. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. XVIII.

v. Halban, Zur Prognose der progr. Paralyse. Jahrb. f. Psych. u. Neur. 1902.

Havet, Des lésions vascul. du cervau dans la paralysie générale. Bulletins de l'academie royale de méd. Belg. 1902.

Hirschl, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. XIV.

Joffroy et *Léri*, Résumé des données act. sur l'histologie de la paral. génér. L'Encéphale 1907.

Kaes, Zur pathol. Aantomie der dementia paral. Monatsschrift f. Psych. 1902. Bd. XI u. XII.

Klippel, Histologie de la paral. génér. Referat am XIII. Kongr. d. franz. Psych. u. Neur. 1903. Arch. de neurol. 1903.

Ladame, Syphilis cérébr. diffuse. Arch. de neurol. 1907.

Ladame, Quelques considérations sur la syphilis cérébr. diffuse. L'Encéphale 1907.

Lesser, Zu welchen Schlüssen berechtigt die Wassermannsche Reaktion? Mediz. Klinik. 1908 Nr. 9.

Lissauer, Klinisches und Anatomisches über Herdsymptome bei Paralyse. Sitzungsbericht. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 48.

Lissauer-Storch, Über einige Fälle atypischer Paralyse. Monatsschrift f. Psych. Bd. IX.

Mahaim, De l'importance des lésions vasculaires dans l'anat. pathol. de la paral. génér. Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belg. 1901. Ref. Neur. Zentralbl. 1902.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Masoin et *D'Hollaender*, Psychose tabétique; étude clinique et anatomopathologique Bull. de la soc. méd. ment. de Belg. 1908.

Mendel, Die progr. Paralyse der Irren. Berlin, Hirschwald. 1880.

Mendel, Die pathol. Anatomie der Dementia paralytica. Neurol. Zentralblatt. 1890.

Meyer, E., Klin. u. anat. Beiträge zur Kenntnis der progr. Paralyse und der Lues cerebrospinalis. Arch. f. Psych. Bd. 43.

Nissl, Die Diagnose der progr. Paralyse. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1903.

Nissl, Zur Histopathologie der paralytischen Hirnerkrankung. Histol. u. histopathol. Arbeiten über die Hirnrinde. Bd. I.

Nonne, Syphilis und Nervensystem. Berlin, 1909.

Raecke, Einiges über die Veränderungen im Kleinhirn und Hirnstamme bei der Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57.

Renkichi Moriasu, Das Verhalten der Fibrillen bei der progr. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 43.

Ris, Progr. Paralyse und Syphilis. Korrespondenzblatt der Schweizer Ärzte 1907.

Schaefer, Ein genesener Paralytiker. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1897.

Schüle, Disk. Verein deutscher Irrenärzte München 1902. Refer. Neur. Zentralblatt 1902. S. 420.

Sighicelli, Demenza paralit. in uno imbez. epilept. Arch. ital. per le mal. nerv. 1887. Ref. Neur. Zentralblatt 1888.

Spielmeyer, Trypanosomenkrankheit und syphilogene Nervenkrankheiten. Jena. 1908.

Starlinger, Ein Beitrag z. pathol. Anatomie der progr. Paralyse. Wiener klin. Wochenschrift. 1898.

Sträußler, Die histopathologischen Veränderungen des Kleinhirns bei der progr. Paralyse. Jahrb. f. Psych. Bd. XXVII.

Sträußler, Zur Lehre von der miliaren disseminierten Form der Hirnlues und ihre Kombination mit der progr. Paralyse. Monatsschrift f. Psych. Bd. XIX.

Tuczek, Beiträge zur pathol. Anatomie und zur Pathologie der Dementia paral. Berlin 1884.

Vogt, Das Vorkommen von Plasmazellen in der menschlichen Hirnrinde. Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 1901.

Wattenberg, Ein Fall von genuiner Epilepsie mit Übergang in Paralyse. Sitzungsbericht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1899.

Weber, Über die sogen. galoppierende Paralyse. Monatsschrift f. Psych. Bd. XIV.

Zacher, Über das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei der Paralyse und anderen Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. 1887.

Zacher, Über 2 Fälle akuter Paralyse. Neurol. Zentralblatt 1891.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

129. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 13. März 1909.

Anwesend: *Abraham*-Berlin a. G., *Ascher*-Berlin, *Bödeker*-Schlachtensee, *Borchardt*-Berlin a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *Brodmann*-Berlin a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Niederschönhausen, *Forster*-Berlin a. G., *Frenkel*-Heiden a. G., *Gallus*-Potsdam, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heine*-Dalldorf a. G., *Henneberg*-Neubabelsberg, *Juliusburger*-Steglitz, *S. Kalischer*-Schlachtensee, *Kapff*-Waldfrieden, *Knauer*-Berlin a. G., *Krahmer*-Dalldorf, *Kutzinski*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Löwenthal*-Berlin, *Marcuse*-Dalldorf, *Marten*-Landsberg, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Neumann*-Neu-Ruppin, *Oestreicher*-Niederschönhausen, *Placzek*-Berlin, *Rehm*-Blankenburg a. H., *Richter*-Buch, *Riebeth*-Eberswalde, *F. Rohde*-Königsbrunn, *Rosenberg*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Schauß*-Buch a. G., *Schmitz*-Neuruppin, *Schütz*-Berlin a. G., *Skierlo*-Potsdam, *Stier*-Berlin a. G., *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Der Vorsitzende *Ziehen* teilt den Tod des Vereinsmitgliedes Med.-R. *Matthaes*-Hubertusburg mit, zu dessen Andenken die Anwesenden sich erheben.

Diskussion über den Vortrag *Kapff*: Die Fürsorge bei Alkoholkranken (s. S. 230 ff.). — *Juliusburger*-Steglitz: Es war gut, daß Herr *Kapff* den psychischen Faktor in der Behandlung der Alkoholkranken hervorgehoben hat. Ich habe wiederholt und auch in einem Vortrage in diesem Vereine darauf hingewiesen, daß die übliche Behandlung der Alkoholkranken in den Irrenanstalten unzulänglich sei. In der Tat, die einfache Wegnahme der alkoholischen Getränke, die Internierung und die gewöhnliche Arbeitstherapie genügen in keiner Weise. Es müssen falsche Werturteile zerstört, neue Werturteile bezüglich der Lebensführung aufgebaut werden. Ich habe mich aber auch bemüht, einen positiven Vorschlag zu bringen, indem ich an die höchst beachtenswerten Leistungen der Enthaltsamkeits- und Trinkerrettungsvereine anknüpfte. Ich forderte die Übertragung der in diesen Vereinen geltenden Prinzipien auf entsprechende Veranstaltungen innerhalb der Anstalt. Ich betone, daß z. B. der Guttemplerorden in seinen Logensitzungen nicht nur bemüht


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, Aufklärung über den Alkoholschaden zu verbreiten, sondern auch anstrebt, die Mitglieder in geistig-sittlicher Hinsicht zu fördern und zu heben. So sehr berechtigt die Forderung nach Spezial-Anstalten für Alkoholkranke sein mag, so glaube ich dennoch nicht, daß wir in absehbarer Zeit auf ihre Einführung wenigstens in dem erforderlichen Umfange zu rechnen haben, selbst wenn unser Ruf noch viel energischer erschallen würde. Bis auf weiteres muß die Irrenanstalt auch die Behandlung der Alkoholkranken leisten. Ich wiederhole daher meine Forderung, innerhalb der Irrenanstalten Logen nach dem Vorbilde des Guttemplerordens zu gründen; ich bin fest überzeugt, daß wir hiermit der Psychotherapie ein wichtiges Glied anfügen werden; denn, wie gesagt, es wird nicht nur durch die Guttemplerlogen Wissensstoff in der Alkoholfrage verbreitet, sondern überhaupt eine intellektuelle und moralische Förderung des Individuums erstrebt werden. Damit wird gleichzeitig sich eine Hebung des Personals verbinden lassen; denn die Wärterfrage ist nicht nur eine materielle, so wichtig auch dieses Moment ist. Ich habe in der Anstalt Berolinum eine Guttemplerloge gestiftet, werde aber über die Erfolge erst dann berichten, wenn eine längere Zeit verflossen sein wird. Meine Bitte geht an die öffentlichen Anstalten, ein gleiches zu tun, da dorthin die frischen Fälle kommen, die ja doch bessere Heilaussichten gewähren. Durch eine systematische Vorbereitung in den Anstalten werden wir die Kranken am besten befähigen, hernach den Anschluß an die außenstehenden Enthaltsamkeitsvereine zu finden. Notwendig ist es unter allen Umständen, daß wenigstens ein Anstaltsarzt sich an dieser Bildungsarbeit aktiv beteiligt. Ich will noch bemerken, daß auch an der Anstalt Berolinum eine Auskunftsstelle für Alkoholkranke und deren Angehörige der Orte Steglitz-Lankwitz besteht.

Falkenberg-Herzberge: Eigene Erfahrungen, die ich bei der Leitung einer Auskunfts- und Fürsorgestelle für Alkoholkranke in Berlin machen konnte, haben mir ebenso wie dem Herrn Vortragenden bestätigt, daß die Fürsorgestellen ein geeignetes Mittel zur Bekämpfung des Alkoholismus sind. Billigerweise darf man an ihre Wirksamkeit keine übertriebenen Anforderungen stellen, aber auch wenn man alle notwendige Skepsis walten läßt, wird man doch zugeben müssen, daß mit ihnen erfreuliche Erfolge zu erreichen sind. Als Erfolg rechne ich, wenn dem Hilfesuchenden ein ärztlich begründeter Rat für seine Behandlung erteilt werden kann, und wenn dieser Rat nicht nur ein theoretischer bleibt, sondern durch persönliche Einwirkung auf den Kranken, durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, durch Übernahme der etwa erforderlich werdenden Verhandlungen mit den zuständigen Behörden, namentlich bezüglich Übernahme der Kosten einer Anstaltsbehandlung oder bezüglich einer Unterstützung für die Familie und ähnliches in die Tat umgesetzt wird. Die ärztliche Tätigkeit beschränkt sich aber nicht nur auf die Beratung der Angehörigen oder des Kranken hinsichtlich der einzuschlagenden


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

therapeutischen Behandlung: auch mit Rücksicht auf die rechtlichen Folgen der Trunksucht (Zulässigkeit der Entmündigung, Ehescheidung u. ä.) wird der ärztliche Rat in Anspruch genommen. Ferner erscheinen die Fürsorgestellen vortrefflich geeignet, die durch die Behandlung in Trinkerheilstätten erzielten Erfolge zu kontrollieren und zu sichern; die Hausbesuche der in den Fürsorgestellen geschulten und für sie tätigen Schwestern spielen dabei eine wesentliche Rolle. Schließlich — und nicht am wenigsten — sind die Fürsorgestellen als Auskunftsstellen ein wichtiges Mittel, um in weitere Kreise Aufklärung über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs zu bringen. — Auf eine zahlenmäßige Zusammenstellung der erreichten Erfolge möchte ich verzichten und nur kurz erwähnen, daß ich in meiner Fürsorgestelle etwa 40 % Erfolge in dem oben erörterten Sinne zu verzeichnen habe; einen besonderen Wert möchte ich aber dieser Zahl mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit, die die Fürsorgestellen tätig sind (noch nicht sechs Monate), nicht beilegen, zumal ich glaube, daß sich deren Organisation noch verbessern und ausbauen lassen wird. Einige Dinge, die mir besonders wichtig erscheinen, darf ich vielleicht hier noch erwähnen.

Die Fürsorgestellen beschränken sich grundsätzlich auf die Erteilung von Rat; sie weisen dem einzelnen wohl die Wege für eine zweckmäßige Behandlung, lehnen aber die ärztliche Behandlung selbst ab. Sie sind daher in ihrer Tätigkeit fast dauernd auf die verständnisvolle Mitarbeit der behandelnden Ärzte, insbesondere der Armen- und Kassenärzte, angewiesen; gerade in deren Kreisen haben aber unsere Bestrebungen bereitwilligst Unterstützung gefunden. Nur hier und da sind wir Anschauungen begegnet, welche die Wichtigkeit der frühzeitigen Stellung der Diagnose und einer rechtzeitig einsetzenden zweckmäßigen Behandlung der Trunksucht doch wohl noch unterschätzen. Es gilt also auch in ärztlichen Kreisen die Kenntnis der einschlägigen wissenschaftlichen Tatsachen noch zu vertiefen; dahin zielende Maßnahmen sind schon erwogen worden und werden in der einen oder anderen Form auch wohl zur Ausführung kommen.

Weit schwieriger wird sich ein anderes Hindernis beseitigen lassen, auf das wir nur allzu oft in der Sprechstunde stoßen, nämlich die Unmöglichkeit, denen, die durch unsere Hilfe Beschäftigung zu finden hoffen, Arbeit zu besorgen. Die Wichtigkeit, die gerade der Beschaffung von Arbeitsmöglichkeit für die Trinkerfürsorge zukommt, ist ja schon vielfach, u. a. schon vor Jahren hier an dieser Stelle von Herrn Geheimrat *Moeli* und auch von mir erörtert worden, eine Lösung des Problems steht aber noch immer aus. Wir können nun einmal die Minderwertigkeit der Alkoholisten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht aus der Welt schaffen, und wir werden auch den Standpunkt des Arbeitgebers verstehen, der namentlich bei starkem Angebot von Arbeitskräften das Risiko der Einstellung von Leuten nicht tragen will, deren Zuverlässig-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit und Leistungsfähigkeit doch nur eine bedingte ist; anderseits müssen wir selbst unsere Kranken vor einer ganzen Reihe von Beschäftigungen wegen der erhöhten Alkoholgefahr eindringlich warnen. Vielleicht wird einmal, wenigstens in kleinem Umfang, dadurch Abhilfe gebracht werden können, daß ähnlich wie für Unfallverletzte von einem gemeinnützigen Verein auch für Alkoholisten besondere Arbeitsstätten gegründet werden. Ich weiß sehr wohl, daß wir auf eine derartig erweiterte Fürsorge für Trinker in absehbarer Zeit nicht rechnen dürfen; um so notwendiger scheint es mir aber, immer wieder zu betonen, daß die ungelöste Beschäftigungsfrage eine klaffende Lücke in all unseren bisherigen Fürsorgebestrebungen für Alkoholkranke bildet.

Schließlich noch wenige Worte zur Frage der Verwahranstalten für voraussichtlich unheilbare Trinker. Gerade in der Fürsorgestelle tritt uns das völlige Versagen der bisherigen Maßnahmen zur Behandlung dieser Trinker handgreiflich entgegen, und nur allzuoft müssen wir uns darauf beschränken, einfach zu registrieren, welch Aufwand von pekuniären Mitteln auf der einen Seite zwecklos vertan ist, und wie viel Arbeitskraft auf der anderen Seite völlig brach liegt, die unter zweckmäßiger Leitung in einer geeigneten Anstalt, deren Einrichtungen und Betrieb wesentlich einfacher und billiger sein müßten als die einer Heilanstalt, doch noch einen, wenn auch mehr von den Kranken empfundenen als finanziell erkennbaren Nutzen bringen könnte. Aus dem letzten Verwaltungsbericht des Berliner Magistrats ergibt sich, daß diese Frage auch schon die städtischen Behörden beschäftigt hat; wenn auch deren Entscheidung zunächst in negativem Sinne ausgefallen ist, glaube ich doch, daß das Schaffen von Einrichtungen zur Unterbringung unheilbarer Trinker einen recht wichtigen Punkt bei den weiteren Erörterungen über den Ausbau der Trinkerfürsorge bilden wird.

Richter-Buch: Die Anstalt Buch, in welcher die Zwangsabstinenz gleichfalls durchgeführt ist, steht mit Guttemplerlogen in Verbindung, welche sich an die Anstalt wenden, um Alkoholiker in Freiheit zu nehmen, und an welche sich die Anstalt wendet, um Alkoholiker in Freiheit zu bringen. Die Anstalt bezahlt ev. die Eintrittsgebühr an die Loge, in welcher auch belehrende Vorträge gehalten werden, und welche auch entsprechende Arbeit verschafft.

Ziehen-Berlin: Bei aller Anerkennung der Tätigkeit der Fürsorgestellen ist doch jedenfalls künftig auch die Anwendung von Zwang unentbehrlich. Dieser Zwang sollte sich auf die Entmündigung einerseits und die Unterbringung in eine Anstalt (Irrenanstalt, Trinkerasyl, Arbeitskolonie) andrerseits beziehen. Zu diesem Zweck wäre also in erster Linie eine Abänderung des § 6 BGB. notwendig, der infolge seines fakultativen Charakters gegenüber dem Alkoholismus fast nichts leistet. Vor allem käme auch eine modifizierte Entmündigung „auf Zeit“ in Betracht, um dem Trinker einen Ansporn zur Unterdrückung seiner Trunksucht zu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

geben. Die zwangweise Unterbringung müßte durch besonderes Gesetz geregelt werden, da die jetzt zur Verfügung stehenden Gesetzesparagraphen in keiner Weise ausreichen. Vor allem würde es nun darauf ankommen, für den Eintritt dieser beiden Zwangsmaßregeln ganz bestimmte Bedingungen zu fixieren. Wollten wir nur die Fälle aktueller alkoholistischer Geisteskrankheit berücksichtigen, so würde kein Nutzen gestiftet werden. Es käme nach meiner Ansicht sehr in Betracht, als Bedingung für den Eintritt der genannten Zwangsmaßregeln das Überstehen eines Delirium tremens zu fixieren. Die meisten Alkoholisten bieten nach dem Überstehen eines Delirium tremens nicht so viel psychopathische Symptome, daß zurzeit irgendein Einschreiten Erfolg verspricht. Mein Vorschlag, den ich allerdings unter aller Reserve hier äußere, würde also dahin gehen, an das Überstehen eines Delirium tremens als notwendige Zwangs- und Schutzmaßregel die Entmündigung auf Zeit und die Anstaltsinternierung auf Zeit gesetzlich zu knüpfen. Von seiten der radikalen Bekämpfer des Alkoholismus wird man natürlich einwenden, daß mit diesen Zwangsmaßregeln nur ein kleiner Teil der Trinker getroffen wird. Demgegenüber muß bemerkt werden, daß die Gesetzgebung auch bei anderen Fällen, z. B. dem Wucher, nicht alle Fälle treffen kann, sondern eine scharf definierbare Gruppe vorläufig herausgreifen muß. Andererseits werden die überbedächtigen Zauderer fürchten, daß schon solche Zwangsmaßregeln ein Zuviel bedeuten. Darüber wird weiterhin zu sprechen sein. Gegenüber den schweren Mißständen erscheint dem Vortragenden diese Befürchtung nicht gerechtfertigt.

Falkenberg-Herzberge hält die Schaffung gesetzlicher Vorschriften über die zwangweise Verbringung eines Trinkers in eine Anstalt für eine durchaus erwünschte und notwendige Ergänzung der bisherigen Fürsorgebestrebungen. Zu solchen Zwangsmaßregeln dürfe aber die Entmündigung nicht gezählt werden, deren häufigere Anwendung, wie sie *Ziehen* fordere, nicht empfehlenswert sei. Abgesehen davon, daß die Entmündigung mit der Zurückhaltung eines Trinkers in einer Anstalt nichts zu tun habe, müsse der Entmündigung der Charakter als Schutzmaßregel gewahrt bleiben; ein Mittel zur „Abschreckung" sei sie nicht und dürfe sie nicht werden.

Ziehen-Berlin: Selbstverständlich darf man beide Maßregeln nicht miteinander verquicken und voneinander abhängig machen. Die Entmündigung in gegenwärtiger Form ist keine Zwangsmaßregel, aber auch jetzt schreckt sie ab.

Hans Laehr-Schweizerhof: Einem Wunsche des Koll. *Waldschmidt* entsprechend, möchte ich eine Erklärung des Vereins darüber anregen, ob die Fürsorge für Trunksüchtige durch eine Änderung gesetzlicher oder administrativer Bestimmungen gefördert werden kann, und worin diese Veränderung zu bestehen hätte. Diese Erklärung würde gegebenenfalls mit eingehender Begründung den maßgebenden Instanzen zu unterbreiten



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein. Ich halte es für zweckmäßig, dabei auf dem Boden der von unserem Verein im Dezember 1901 angenommenen Thesen (s. diese Zeitschr. Bd. 59, S. 333) zu bleiben und unsere Wünsche hauptsächlich auf zwei Punkte zu richten: 1. eine gesetzliche Verpflichtung der Provinzen zur Fürsorge für Trunksüchtige analog der im G. v. 11. 7. 1891 hinsichtlich der Geisteskranken, Epileptischen, Idioten usw. getroffenen Festsetzung; 2. Verwaltungsbestimmungen, die es bestimmten, hierzu besonders zu konzessionierenden Trinkerheilanstalten ermöglichen, Trunksüchtige allein auf Grund der Trunksucht auch gegen ihren Willen zum Zwecke der Heilung aufzunehmen und zu bewahren. Der zweite Punkt dürfte zunächst wichtiger und vielleicht auch aussichtsvoller sein. Gewiß können wir jetzt hier nicht alles besprechen und abwägen, was dabei in Betracht kommt, und ich schlage daher vor, eine Kommission zu bilden, die sich mit dieser Frage beschäftigt und uns in der nächsten Sitzung Vorschläge machen kann.

Kapff-Waldfrieden: H. Koll. *Juliusburger* gegenüber möchte ich vorläufig daran festhalten, für Unterbringung von Trunksüchtigen in Spezialanstalten für Alkoholkranke einzutreten, ganz besonders im Hinblick auf die Zukunft, auf ein kommendes Trinkerfürsorgegesetz. Die Anstalten sollen heute schon das Fundament bilden für die Zwangsfürsorge für Trinker. — Wie nötig wir die Enthaltsamkeitsvereine haben für unsere entlassenen Alkoholkranken, habe ich Gelegenheit immer wieder zu beobachten. Ihre Tätigkeit ist durchaus nötig, um die Ergebnisse der Anstalt zu sichern und auf ihnen weiterzubauen. — H. Koll. *Falkenberg* stimme ich in allen Punkten zu, seine Erfahrungen sind auch die meinen. Ganz besonders hart empfinden wir auf den Fürsorgestellen, daß die Polizei uns mit Zwangsmaßregeln so wenig unterstützt oder unterstützen kann. Ohne Trinkerfürsorgegesetz kommen wir eben auf die Dauer doch nicht aus. Die bisherigen Maßnahmen (§ 681 ZPO., § 6 BGB.) reichen nur für eine beschränkte Zahl von Fällen aus. Es mangelt uns noch eine einheitliche, methodische, großzügige Allgemeinfürsorge für Alkoholkranke. Ich begrüße daher alle Mittel, wie die Trinkerfürsorgestellen, die Spezialanstalten, die den Aufklärungs- und Pionierdienst für kommende Zeiten leisten. —

Der Antrag, eine Kommission zur Vorbereitung einer Erklärung zu bilden, wird angenommen und die Herren *Juliusburger*, *Kapff*, *Moeli* und *Waldschmidt* mit dem Rechte der Kooptation hineingewählt.

Bödeker-Schlachtensee und *Juliusburger*-Steglitz: Über einen Fall von Mikrographie.

Als Mikrographie bezeichnen wir jene Störung, die darin zum Ausdruck kommt, daß der von ihr Befallene für kürzere oder längere Zeit nur erheblich kleiner zu schreiben vermag, als dies sonst bei ihm der Fall war. Die krankhafte Kleinschrift kann sehr hohe Grade erreichen, kann


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis zu vollkommener Unleserlichkeit führen, ist aber stets dadurch gekennzeichnet, daß die Schrift in toto befallen ist, d. h. alle Buchstaben gleichmäßig kleiner sich gestalten. Diese an sich ziemlich seltene Störung kommt bei verschiedenen Zuständen vor, so finden wir sie nicht ganz selten bei Psychosen, insbesondere bei gewissen Fällen der Dementia paranoides u. a. Auch bei vorübergehenden pathologischen Bewußtseinszuständen ist sie beobachtet worden, so bei jenen, wo es sich um eine Versetzung der Persönlichkeit in eine jugendlichere Phase handelt und dementsprechend ein sogenannter Infantilismus der Schreibweise sich geltend macht, die freilich a priori keineswegs eine kleinere zu sein brauchte. Sehr interessant ist die Erscheinung der Mikrographie bei gewissen Fällen von Sehstörungen (zumeist Makropsie). In allen diesen und ähnlichen Fällen handelt es sich, ganz allgemein ausgedrückt, um Störungen bei sogenannten funktionellen Psychosen und Neurosen, und es soll hier nur kurz auf sie verwiesen werden. Wie schon erwähnt, sind die Schriftzeichen gleichmäßig in toto kleiner, sie sind dies von Beginn der Störung an, die Kleinheit der Schriftzeichen bleibt die gleiche während der Dauer der Störung. Der Sitz ist natürlich ein rein kortikaler, die Schreibmuskulatur selbst spielt dabei gar keine Rolle.

Von wesentlich anderer Bedeutung sind nun Fälle von Mikrographie, die dadurch charakterisiert sind, daß zwar auch von Anfang an die gewohnte normale Größe der Buchstaben nicht erreicht wird, beim Weiterschreiben dann aber die Buchstaben zusehends kleiner werden, während der Aktion des Schreibens also der Zwang zum Kleinschreiben sich kontinuierlich steigert. Solche Fälle sind besonders selten, meines Wissens wurde ein solcher zuerst von *Embden* veröffentlicht im Jahre 1901. Es handelte sich um Fälle von chronischem Manganismus, die ein der multiplen Sklerose ähnliches Krankheitsbild darboten, und bei denen als anatomische Unterlage multiple Herde im Gehirn und Rückenmark vermutet werden. Das gleiche Krankheitsbild war kurz vorher von *v. Jaksch* beschrieben worden, ohne daß jedoch Mikrographie beobachtet worden war. In gleicher oder jedenfalls doch sehr ähnlicher Weise trat Mikrographie in zwei Fällen zutage, die 1903 von *A. Pick* veröffentlicht wurden. In diesen Fällen handelte es sich um apoplektiforme Zustände nach Syphilis. Im gleichen Jahre beschrieb *Löwy* das genannte Symptom bei zwei Fällen, einmal bei einer schweren Paralysis agitans sine agitatione nach linksseitiger Hemiplegie, das andere Mal bei einer typischen Paralysis agitans. Dann folgte 1905 die Vorstellung eines weiteren Falles in der Gesellschaft für innere Medizin in Wien durch *Bleier* und schließlich im selben Jahre die ausführliche Veröffentlichung eines sehr interessanten, eingehend beschriebenen Falles durch *Löwy*. Abgesehen von diesem letzteren Fall, auf den ich noch zurückkommen werde, handelt es sich in der erwähnten Kasuistik ausschließlich um solche Fälle, in denen bei aktiven und passiven Bewegungen Spannungen in der Muskulatur zutage traten, sei es


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nun, daß das beschriebene Krankheitsbild sich der multiplen Sklerose, der Paralysis agitans oder hemiplegischen bzw. posthemiplegischen Zuständen angliederte oder eine Mischform dieser verschiedenen Zustände darbot. Bei dem *Bleier*schen Falle ist anscheinend eine bestimmte Diagnose nicht gestellt worden, jedoch handelt es sich zweifellos um einen ähnlichen Gesamtzustand: Sprache auffallend leise und monoton, unsicherer Gang, auffallende Steifhaltung, starrer Gesichtsausdruck, geringer Tremor der ausgestreckten Hände usw. Daß die erwähnten Muskelspannungen beim Zustandekommen des in Rede stehenden Symptoms eine wesentliche Rolle spielen, muß mit Sicherheit angenommen werden. Dieser „Rigor" erstreckt sich nun nicht auf einzelne Gebiete der zum Schreiben sich koordinierenden Muskeln, sondern auf die gesamte Schreibkoordination als Einheit, und diese Rigidität macht sich in der Weise geltend, daß während der Aktion des Schreibens, wie erwähnt, die Buchstaben immer kleiner werden und schließlich zu vollkommener Unleserlichkeit führen können. Von diesen Fällen unterscheidet sich nun wesentlich der eben erwähnte letzte Fall *Löwys* dadurch, daß im klinischen Bild das Symptom irgendwelcher Muskelspannung nicht vertreten ist. Es handelt sich um einen Arteriosklerotiker, bei dem gleichzeitig mit einer ganz leichten rechtsseitigen Hemiplegie eine Sprachstörung (in Form einer Verlangsamung der schließlich sehr schwer verständlichen Sprache, verbunden mit Stottern im Anfang des Wortes zugleich mit dem Gefühl einer schweren, unbeholfenen, unbeweglichen Zunge) und eine Schreibstörung eintraten, letztere vom Charakter der Mikrographie. Die Buchstaben wurden immer kleiner bis zum Übergehen in Striche. „Wenn Patient die Feder nicht vom Papier wegnahm, ging es einfach nicht, die Hand war ordentlich unbeweglich, wie angeklebt, wie an der Unterlage festhaftend." Gleichzeitig war eine Verlangsamung und Erschwerung der Schrift zu bemerken. Bei alledem war die Beweglichkeit der Finger und der rechten Hand vollkommen ungestört, nur beim Schreiben, heißt es, „war die rechte Hand so schwer und so unbeweglich". Auch hier nimmt dier Rigor mit der Aktion zu, ist aber auch schon bei ihrem Beginn gegeben und wirksam, er ist ausschließlich an die koordinatorische Einstellung für das Schreiben gebunden. Während es sich also in allen sonstigen Fällen um einen allgemeinen Rigor handelt, findet hier eine Beschränkung des Rigor lediglich auf isolierte Koordinationen statt, und zwar nicht auf das Koordinieren an sich, sondern auf die schon fertige Koordination. Diesem Fall nun schließt sich der unsrige an, über den wir nun zunächst in Kürze unter Demonstration von Schriftproben berichten werden.

Der Oberförster X., 44 Jahre alt, wurde am 23. April 1908 im Sanatorium Fichtenhof aufgenommen. Seit 5 Jahren verheiratet; ein Kind wurde tot geboren, ein anderes ist gesund. Vater nervös reizbar, sonst keine Heredität. Daß eine syphilitische Infektion stattgefunden hatte, ist nicht mit Sicherheit zu eruieren, aber mit größter Wahrschein-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichkeit anzunehmen. Der Kranke selbst hatte während seiner jetzigen Krankheit seinem Hausarzt, wie dieser angibt, stets versichert, daß er von einer solchen nichts wisse. Demgegenüber gab er in der Anstalt später zu, daß er als Student ein Ulcus gehabt und schon damals eine Schmierkur durchgemacht habe, daß er diese Schmierkur, nachdem seine Frau abortiert hatte, wiederholt und jene danach ein gesundes Kind geboren habe. Vor etwa zwölf Jahren zog er sich, soviel ist sicher, während einer militärischen Übung eine Verletzung am Schienbein zu; der behandelnde Arzt wurde auf die außerordentlich schwere Heilbarkeit der Verletzung aufmerksam, setzte als deren Ursache eine syphilitische Infektion voraus, ordnete Jodkali an und erzielte damit Heilung. Seit drei Jahren machte sich ausgesprochene nervöse Reizbarkeit mit Ausbrüchen unmotivierter Heftigkeit geltend; mit dem Nachlassen dieser letzteren stellte sich zunehmende Teilnahmlosigkeit ein. Seit einer Reihe von Monaten bestehen außerordentlich heftige Kopfschmerzen, auch des Nachts, besonders in Form von Supraorbitalneuralgie und angeblich verschiedentlich mit leichten Temperaturerhöhungen verbunden. Jodkali erfolglos. Die Arbeitsfähigkeit ließ mehr und mehr nach, das Gedächtnis wurde schwächer. Schrift und Sprache sollen durchaus gut geblieben sein, nur haben möglicherweise leichte apoplektiforme Anfälle stattgefunden, die sich durch eine kurzdauernde „Schwierigkeit mit der Sprache“ kennzeichneten, wobei Pat. über das Gefühl einer geschwollenen Zunge klagte und diese als einen Fremdkörper fühlte. Schließlich gelegentlich incontinentia urinae, Sinnestäuschungen, sowie besonders Verlust des Gedächtnisses für die letzte Vergangenheit. Wegen der zunehmenden Unreinlichkeit konnte der Kranke in einem offenen Sanatorium, dem er zunächst zugeführt worden war, nicht verbleiben und gelangte in die oben genannte Anstalt.

Der Kranke ist sich bei der Aufnahme seines Krankheitszustandes bewußt. Kopfschmerzen und Vergeßlichkeit empfindet er selber; sein Gang sei allmählich „gemächlicher“ geworden. Die Pupillen reagieren prompt, Augenbefund normal. Die Sprache erweist sich nach einer Notiz des zuerst untersuchenden Arztes bei schnellem Sprechen vielleicht als artikulatorisch etwas gestört, indes ist sie bei allen späteren Prüfungen, auch beim Nachsprechen komplizierter Worte stets intakt. Kniephänomene beiderseits vorhanden, schwach; das rechte Achillessehnenphänomen läßt sich zunächst nicht auslösen, später erweisen sich beide als schwach vorhanden. Der Gang ist langsam, bedächtig, vielleicht nicht absolut sicher, sonst ohne Besonderheiten; auch sonst keine Lähmungserscheinungen, keine Ataxie, keine Gefühlsstörungen.

Während der ersten sechs Wochen zeigt sich Pat. fast andauernd verwirrt im Sinne der bei der *Korsakow*schen Psychose beobachteten Desorientierung. Er wechselt vielfach in seinen Angaben über zeitliche



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und örtliche Verhältnisse, erkennt die Ärzte (die er vorher nie gesehen) als alte Bekannte wieder, gibt der Anstalt bald diesen, bald jenen Namen, wobei stets Reminiszenzen an tatsächliche frühere Aufenthaltsorte mitklingen. Diese Angaben wechseln in kürzesten Zwischenräumen ihren Inhalt. Beim Rechnen tritt die Gedächtniskürze besonders charakteristisch hervor. Dagegen ist Pat. schon sehr bald imstande, über Tatsachen der weiter zurückliegenden Vergangenheit sich richtig zu unterhalten. Allmählich wird auch die Orientierung über die gegenwärtigen Verhältnisse besser. Er macht eine energische Schmierkur durch, Jodkali verträgt er nicht. Am hartnäckigsten erweisen sich die incontinentia urinae und unsauberes Verhalten beim Essen („sabbern"), beides empfindet der Kranke selbst unangenehm. Das Symptom des Einnässens schwand indes in der Folgezeit. Als am 19. September der Kranke in die Häuslichkeit entlassen werden konnte, war sein geistiger und körperlicher Zustand ein verhältnismäßig recht günstiger. Psychisch war er bis auf eine allgemeine mäßige Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten normal, körperliche Krankheitssymptome bestanden nicht, insonderheit keine Sprachstörungen. Keine Paresen, keine Ataxie. Beim Essen zeigte er sich indes noch ungelenk, aß sehr hastig, sabberte sich viel ein, mußte während des Essens immer abgeputzt werden. Sein Appetit war entschieden krankhaft gesteigert, es kam gelegentlich zum Erbrechen infolge des zu raschen, hastigen Essens. Eine gewisse Schwierigkeit im Rücken beim Aufstehen vom Sitzen oder Liegen machte sich bis zuletzt geltend; Pat. konnte sich nur langsam und mit Mühe erheben. Auch der Gang war langsam geblieben.

Ein auffälliges Symptom bot nun dieser Kranke in seiner Schrift. Auch hierüber ist er sich selbst vollkommen klar, und er empfindet die gleich zu schildernde Störung recht unangenehm, besonders einmal, wo er ein Dispensationsgesuch an die Militärbehörde richten will und damit nicht zustande kommen kann. Es ist ihm nämlich unmöglich, groß zu schreiben. Wird ihm ein Buchstabe vorgeschrieben und er aufgefordert, diesen in derselben Größe nachzuschreiben, so gelingt ihm dies das erstemal mitunter — keineswegs immer — leidlich gut, jeder folgende Buchstabe wird indes kleiner und alsbald die ganze Schrift zu einem kleinsten Gekritzel und ganz unleserlich, *dabei werden die Schreibbewegungen schneller*; auch bei möglichster Inanspruchnahme seines Willens ist es ihm absolut unmöglich, hierin irgend etwas zu ändern. Aus therapeutischen Gründen wurde dem Patienten ein Linienheft übergeben und er zu systematischen Übungen aufgefordert, denen er sich auch mit Eifer unterzog. Bei dem Versuch, die vorgeschriebenen Worte möglichst exakt nachzuschreiben, trat die geschilderte Unfähigkeit zwar bald mehr bald weniger, immer aber sehr deutlich hervor. Die ersten Buchstaben erreichen zumeist schon nicht die Größe der Vorschrift, werden dann sehr bald immer kleiner, und dies ist um so auffallen-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der, als in dem Heft, wie bereits gesagt, durch eine mittlere Doppellinie und eine obere und untere Grenzlinie die Größe aller Buchstaben in deutlich sichtbarer Weise bestimmt ist. Fast niemals gelingt es ihm, diese Grenzen zu erreichen, er bleibt fast immer erheblich darunter. Auffällig ist ferner eine Schwierigkeit in der Bildung von Schleifen und Haken, doch ist diese Schwierigkeit nicht immer gleichmäßig ausgesprochen, besonders beim Beginn des Schreibens nicht, wo insbesondere die Schleifen noch manchmal recht gut ausfallen. Bei den Wiederholungen sieht man dann zumeist freilich deutlich, wie die Schleifen schließlich zu Strichen werden. Ein sehr auffallendes Symptom bildet ferner die Unfähigkeit des Pat., die gerade Richtung beim Schreiben — und zwar sowohl in horizontaler als in vertikaler Richtung — einzuhalten. Dies trat zuerst bei dem erwähnten Versuch einer Eingabe an die Militärbehörde sehr deutlich zutage. Es gelang dem Kranken nicht einmal, die Adresse an das Königl. Bezirkskommando usw. in dieser Beziehung ordnungmäßig zu schreiben. Er zeigte sich außerstande, korrekt nebeneinander oder untereinander zu schreiben und zwischen den verschiedenen Schriftlinien gleichmäßige Zwischenräume zu lassen. Die Schriftproben zeigen diese Verhältnisse außerordentlich deutlich, besonders deutlich auch wieder bei Anwendung der Doppellinien, wobei der Pat. mit seinen Schriftzeichen aus diesen Doppellinien herauskommt, so daß bald ein Wort innerhalb dieser letzteren, bald mehr oder weniger darunter oder darüber steht. Im allgemeinen wiegt die Abweichung von der geraden Horizontalen in der Richtung nach oben ganz erheblich vor. Ein Zeichen von Tremor zeigt die Spontanschrift so gut wie gar nicht, die Kopierschrift selten und nur andeutungsweise bei den ersten Buchstaben, offenbar wohl als Folge der Willensanstrengung beim Kopieren der Vorschrift. Dieser „Tremor", eine leichte zickzackartige Abweichung von der Richtungslinie, macht sich besonders geltend an den großen Buchstaben, und zwar an deren oberem oder unterem Ende. Er ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, daß der Patient sich bemühte, die richtige, durch die Linie fixierte Größe zu erreichen, und hierbei besondere Schwierigkeiten hatte. Je weiter er nämlich bei seinen Bemühungen an die obere oder untere vorgezogene Linie gelangt, desto deutlicher (wenn auch stets nur sehr geringfügig) tritt das leichte Zickzackartige der Linienführung hervor. Besonders scheint hierbei die Schwierigkeit der Schleifenführung eine Rolle zu spielen, denn man sieht die genannte Erscheinung besonders beim deutschen kleinen p, g, h usw. Nachdem die Buchstaben, wie dies gewöhnlich sehr bald der Fall ist, kleiner geworden sind, fallen damit auch die Schleifen fort, und die Linien sind glatt. An den kleinen Buchstaben sieht man so gut wie niemals irgendwelche Zitterspuren. Die Hand zeigte, wie ausdrücklich hervorgehoben werden soll, niemals irgend etwas von Tremor; es wäre also eigentlich richtiger, hier von „Zittern" überhaupt nicht zu sprechen, sondern nur von einer ein Zittern vortäuschenden


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Linienführung, die allem Anscheine nach durch eine besondere Anstrengung verursacht wird. Die einzelnen Buchstaben sind niemals an sich falsch geschrieben, abgesehen davon natürlich, daß sie bei zunehmender Kleinheit immer undeutlicher werden und schließlich als Buchstaben überhaupt nicht mehr zu erkennen sind. Jeder Buchstabe steht an seiner richtigen Stelle, ein Versetzen, ein Vertauschen von Buchstaben ist nirgends wahrzunehmen, ebensowenig ein Auslassen. Von den geschilderten Störungen sind die großen Buchstaben annähernd im gleichen Verhältnis betroffen wie die kleinen, nur einzelne große Buchstaben geraten häufig längere Zeit hindurch größer, also besser, besonders der Anfangsbuchstabe des Familiennamens des Pat. (Er war ersucht worden, besonders seinen Namen zu üben, um die erwähnte Unterschrift leisten zu können.) Beim Schreiben von Ziffern ist die Störung in gleicher Weise vorhanden; die Bleistiftschrift ist nicht besser als die Tintenschrift. Mit der linken Hand schreibt der Kranke, was die geschilderte Störung betrifft, ebenso schlecht, wie mit der rechten. Die Kurrentschrift zeigt die gleichen Abweichungen wie die Lateinschrift. Macht der Pat. Ruhepausen oder Absätze beim Schreiben, so fallen die nach dieser Pause begonnenen Schriftzeichen wieder etwas größer aus als diejenigen, die den Beschluß der vorhergehenden Phase bildeten. Es macht demnach den Eindruck, als ob während der Pause eine gewisse, freilich sogleich wieder verfliegende Erholung stattgefunden habe.

Über den Beginn der Schreibstörung läßt sich Bestimmtes nicht sagen, insonderheit vermögen wir nicht anzugeben, ob dieser etwa ein plötzlicher gewesen ist. Der Pat. selbst kann nach dieser Richtung hin keine Auskunft geben. Wie schon erwähnt wurde, machte sich die Störung dem Kranken selbst bemerkbar, als er eine Meldung an das Bezirkskommando machen wollte. Dies war Mitte Juni 1908. Noch Ende April hatte er seine Erklärung, daß er als freiwilliger Pensionär in die Anstalt aufgenommen zu werden wünsche, mit normalen Schriftzügen unterschrieben (freilich mit Bleistift). Danach darf man vermuten, daß die Störung in dem Zeitraum zwischen den genannten Daten eingetreten ist. Apoplektiforme Insulte sind in der genannten Zeit nicht beobachtet worden, insonderheit auch keine vorübergehende Paresen der rechten Extremitäten, kurzdauernde Sprachschwierigkeiten und dergleichen.

Seit seiner Entlassung aus der Anstalt hat sich Pat. in seiner Häuslichkeit befunden und lebt in einem Vororte Berlins. Er ist seither von Herrn *Juliusburger* weiter beobachtet und behandelt worden. Vor kurzem untersuchten wir ihn gemeinschaftlich eingehend. Die Pupillenreaktion ist in jeder Beziehung eine normale, die Kniephänomene sind gleichmäßig vorhanden, offenbar lebhafter als früher. Der Gang ist ohne Besonderheiten, nur vielleicht etwas steif und verlangsamt, jedoch hält Pat. mit jedem Begleiter Schritt, und für die gewöhnliche Betrachtung ergibt der Gang jedenfalls nichts Abnormes; das Aufstehen erfolgt ohne Mühe. Die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sämtlichen Gefühlsqualitäten sind wohl erhalten. Die Sprache ist artikulatorisch nicht gestört, jedoch ist sie etwas monoton, ohne Klangwechsel, auch ist Pat. allem Anschein nach außerstande, über eine gewisse Grenze hinaus laut zu sprechen, er kann nicht laut kommandieren, nicht schreien usw. Ein Verwandter von ihm berichtet, daß diese Eintönigkeit der Sprache in früheren Zeiten nicht bestanden habe, vielmehr erst seit der Krankheit aufgefallen sei. Hier und da endlich fällt es auf, daß Pat. einzelne Worte unnötigerweise wiederholt, besonders, wenn er mit „nein" eine Frage beantwortet, dieses „nein" acht- bis zehnmal rasch hintereinander sagt. Im übrigen ist die Sprache durchaus geläufig, irgendwelche Störungen im Sinne einer Aphasie oder dergleichen sind durchaus nicht vorhanden.

Die geschilderte Schreibstörung besteht unverändert fort, eine Neigung zum unnötigen Wiederholen macht sich auch hier geltend. Aufgefordert, das „Vaterunser" oder „Die Glocke" oder das Gedicht „Ich schieß den Hirsch" usw. aus dem Gedächtnis aufzuschreiben, schreibt er die ersten Zeilen stets doppelt, ohne dafür einen stichhaltigen Grund angeben zu können.

In allen wesentlichen Punkten gleicht der demonstrierte Fall dem zuletzt erwähnten *Löwy*schen, vor allem auch, soweit das Symptom der Mikrographie in Betracht kommt. Ob es sich bei der sehr rasch verfliegenden und jedenfalls nicht sehr erheblichen Sprachstörung gleichfalls um eine Koordinationsstörung von gleicher Beschaffenheit wie die Schreibstörung handelt, lassen wir dahin gestellt. Die subjektiven Gefühle (Gefühle von Geschwollensein der Zunge, die als Fremdkörper empfunden wird) lassen dies annehmen. Auch leichte apoplektiforme Zustände haben in unserem Falle wahrscheinlich stattgefunden. Dagegen läßt sich nicht nachweisen, daß die Schreibstörung im Anschluß an einen solchen zutage getreten sei, es müßte denn sein, daß ein ganz leichter Insult übersehen worden wäre, was nicht wahrscheinlich ist. Dagegen unterscheidet sich unser Fall von dem *Löwy*schen wieder dadurch, daß der Pat. andauernd und bestimmt jedes Gefühl von Spannung, von Schwerbeweglichkeit in der rechten Hand, bzw. den Fingern beim Schreiben bestreitet. Ein Gefühl, als ob die Hand auf der Unterlage wie festgeklebt sei, behauptet er nicht zu haben. Das ist merkwürdig, denn nach der Art der Schrift sollte man es eigentlich annehmen. Objektiv scheint mir die Annahme eines Tonus indes auch dadurch bewiesen, daß beim Beginn neuer Sätze die Buchstaben zuallermeist etwas größer ausfallen, eine Erscheinung, deren nächstliegende Erklärung doch auf einen vorübergehenden Nachlaß der Spannung hinweist, die dann bei Fortsetzung des Schreibens sich alsdann wieder geltend macht. Man muß also wohl annehmen, daß dem Pat. selbst vielleicht doch infolge einer gewissen geistigen Stumpfheit dieses Gefühl nicht recht zum Bewußtsein kommt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Manche Züge im vorliegenden Krankheitsbild erinnern zweifellos an den Symptomenkomplex der Paralysis agitans sine agitatione, so insbesondere der bei genauer Beobachtung oft etwas steife, verlangsamte Gang, eine gewisse Steifigkeit bei bestimmten Bewegungen wie z. B. beim Aufstehen, die immerhin etwas auffällige Monotonie der Sprache, das Fehlen der Modulation, das Fehlen eines lebhafteren Mienenspiels und endlich die gelegentlich bemerkbare Neigung zur Propulsion bzw. Perseveration beim Sprechen und Schreiben. Diese Erschwerung und Verlangsamung der kombinierten Bewegungsakte geht indes, wie erwähnt, mit keiner nachweisbaren Muskelspannung bei passiven oder aktiven Bewegungen einher, ganz abgesehen davon, daß ja die anderen bekannten Hauptmerkmale der Paralysis agitans fehlen. Es handelt sich hier also möglicherweise um eine Rigidität von Koordinationen ohne wirkliche Muskelrigidität (*Löwy*).

Der Versuch, sich über den anatomischen Sitz dieses Symptoms eine Vorstellung zu machen, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Man muß berücksichtigen, daß es sich bei dieser eigentümlichen Störung nicht um eine Auswahl der beim Schreiben in Funktion tretenden Muskeln, sondern um deren Gesamtheit handelt, und daß die Störung ausschließlich eintritt bei der in Tätigkeit tretenden Koordination zur Schreibbewegung. Von den oben erwähnten Fällen sind zwei zur Sektion gelangt, einer von *Pick* und einer von *Löwy*. Im ersteren (Schlaganfall nach Syphilis) fanden sich mehrere kleine Erweichungsherde in beiden Hemisphären, und zwar im vordersten Abschnitt des Sehhügels und im Knie der inneren Kapsel, links ein zweiter kleiner Herd im vorderen Ende des Linsenkerns. Im zweiten Fall (Paralysis agitans sine agitatione nach Hemiplegie) fanden sich beiderseitig Herde im Streifenhügel. Indem *Löwy* auf die elektrischen Reizungsversuche von *Prus* zurückgreift, spricht er die Vermutung aus, daß in der Nachbarschaft der Willkürbahnen eine Tonusregulierung und zwar im Sinne einer Herabsetzung des Tonus stattfinde; möglicherweise habe diese ihren Sitz insbesondere im Streifenhügel. Bei Verletzungen dieser Gegend müsse dann naturgemäß eine Erhöhung des Tonus stattfinden. Dies ist eine Hypothese, die wir nur der Vollständigkeit wegen anführen, ohne zunächst einen Versuch zu deren Bestätigung oder Widerlegung zu machen.

(Der Fall wird ausführlich im Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten veröffentlicht werden.)

Diskussion. — *Forster*-Berlin weist auf die Ähnlichkeit der Störung mit der von *Babinski* beschriebenen Adiadokokinesis hin. Er meint, die Störung sei auch hier auf nachdauernde Muskelkontraktionen zurückzuführen. Die Lokalisation weist ja auch auf eine Unterbrechung des Kleinhirnbahnensystems hin, die bei den nachdauernden Muskelkontraktionen nach Kleist in Betracht kommt. — Er fragt, ob am Ergographen und auf Adiadokokinesis untersucht worden ist.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ziehen-Berlin fragt, ob Augenschluß die Schreibstörung beeinflußt hat, und ob die Akkommodation intakt war.

Bödeker-Schlachtensee: Am Ergographen ist nicht untersucht worden; Adiadokokinesis besteht nicht. Die Akkommodation war intakt.

Frenkel-Heiden: Untersuchung des respiratorischen Gaswechsels bei Psychosen.

Es sind im Verlaufe des letzten Jahres eine Reihe von Untersuchungen des Gasstoffwechsels veröffentlicht worden, deren Resultate so bemerkenswert sind, daß eine Nachprüfung nicht zu umgehen sein wird. Seit einigen Monaten ist in dem Laboratorium der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Charité ein Zuntz-Gebbertscher Apparat in Funktion, an dem Vortr. die Methodik und einige Ergebnisse demonstrieren möchte. Die Aufgabe bestehe darin, denjenigen Anteil des Gesamtstoffwechsels zu untersuchen, welcher aus der Oxydation der stickstofffreien Bestandteile der Nahrung bzw. der Körpersäfte resultiert: der Kohlenhydrate, Fette und des N-freien Restes des Eiweißes. Da zum Zwecke der Verbrennungen Sauerstoff aus der atmosphärischen Luft durch die Lunge aufgenommen und das Endprodukt, die Kohlensäure, in der Exspirationsluft ausgeschieden wird, so läßt die quantitative Bestimmung des verbrauchten Sauerstoffs und der ausgeschiedenen CO_2 einen Schluß auf den Umfang des Gesamtstoffwechsels zu und das um so mehr, als sich beim nüchternen Menschen der stickstoffhaltige Bestandteil des zu verbrennenden Materials, der im Urin erscheint, nur mit etwa 15 % an dem Gesamtumsatz beteiligt. Es werden die Untersuchungen bei vollkommener körperlicher Ruhe und im nüchternen Zustand vorgenommen, da sowohl die Nahrungsaufnahme als jede Muskelarbeit den Umsatz wesentlich beeinflußt. Der Gaswechsel eines nüchternen, ruhig liegenden Menschen ist konstant, und seine Größe ist bekannt. Der Apparat (Demonstration) läßt die Analyse der isolierten Exspirationsluft zu. Dieselbe wird in einer Gasuhr pro Minute gemessen, ein abgemessener Teil derselben wird durch Kalilauge geleitet, welche die CO_2 absorbiert; das restierende Gasvolumen wird in ein Gefäß, welches mit Phosphor gefüllt ist, geleitet, wo sämtlicher Sauerstoff absorbiert wird. Was noch übrig geblieben, ist Stickstoff. Aus der Differenz des O_2 der Inspirationsluft und des der Exspirationsluft wird die verbrauchte O_2-Menge bestimmt (O-Defizit) und aus dem Verhältnis der ausgeschiedenen CO_2-Menge zum O-Defizit der respiratorische Quotient $\left(\frac{CO_2}{O_2} = RQ\right)$. Als Mittelwerte können angesehen werden 3, 4 % für die gebildete CO_2, 4, 5 % für den verbrauchten O_2, woraus sich $RQ = 0{,}775$ berechnet.

Der respiratorische Stoffwechsel bei Psychosen ist von *Bornstein* (Monatsschrift für Psych. u. Neurologie, Bd. 24, H. 5) in einer großen Anzahl von Versuchen und mit einwandfreier Technik studiert worden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seine Ergebnisse sind sehr bemerkenswert. Als wichtigstes darf die Beobachtung angesehen werden, daß bei Hebephrenie in der Mehrzahl der Fälle der Grundumsatz um 20—30 % gegenüber der Norm herabgesetzt ist, was *Bornstein* auf eine „pathologisch starke und pathologisch verlängerte Pubertät" zurückführt. Er meint ferner, daß in denjenigen Fällen von Hebephrenie, wo eine Herabsetzung der Oxydationsenergie nicht nachweisbar ist, auf ein schon vor Ausbruch der Krankheit minderwertiges Gehirn geschlossen werden kann, bei dem schon die normalen Umwälzungen der Pubertät zur Hervorrufung des Jugendirreseins ausgereicht haben. Auf diese Weise würde durch die Stoffwechselanalyse auch ein Fingerzeig für eine genauere klinische Analyse gegeben sein. Vortr. hat bisher nur drei Fälle von zweifelloser Hebephrenie in längeren Versuchsreihen untersucht und bei keinem eine Herabsetzung des Grundumsatzes konstatieren können. Es wäre von Interesse gewesen, die Körpertemperaturen der Hebephrenen *Bornsteins* zu kennen. Die drei vom Vortr. untersuchten Fälle mit normalem Gaswechsel hatten normale Körpertemperaturen. Von weiteren Ergebnissen *Bornsteins* sind hervorzuheben die normalen Befunde bei Epilepsie im Gegensatz zu denen *Kaufmanns*, welcher auffallende Störungen des Gaswechsels gefunden hatte. Für die progressive Paralyse lassen sich weder aus den bisherigen, wenig zahlreichen Versuchen *Bornsteins* noch aus den Versuchen an einem Paralytiker, welche *Kaufmann* angestellt hat (*Kaufmann*: Stoffwechsel bei Psychosen I. Jena 1908) sichere Schlüsse ziehen. Von besonderer Wichtigkeit sind die Angaben *Bornsteins* über die bei fiebernden Geisteskranken erhobenen Befunde. *B.* nimmt an, daß die Temperatursteigerung nach dem epileptischen Anfall auf einem vermehrten Stoffumsatz beruht, während die Hyperthermie der Paralytiker die Folge einer Störung der Wärmeregulation ist, wobei also der Stoffumsatz unverändert bleibt.

Diskussion. — Herr *Ziehen* betont die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Psychiatrie. Natürlich müssen die Stoffwechselveränderungen, welche von sekundären und nebensächlichen motorischen Begleit- und Folgeerscheinungen der Psychose abhängen, ausgeschaltet werden. Sind diese ausgeschlossen, so bleibt die Möglichkeit einerseits, daß eine Stoffwechselstörung Veränderungen in der Hirnrinde erzeugt, welche in der Psychose ihren klinischen Ausdruck finden, und daß andererseits eine fortlaufende Stoffwechselstörung fortlaufend Funktionsstörungen der Hirnrinde bedingt, die wiederum in einer Psychose sich ausdrücken (etwa im Sinne der alten *Meynert*schen Theorie).

L. Borchardt-Berlin: Demonstration. — Pat. ist ein 22jähriger Schlosser, der aus gesunder Familie stammt und stets gesund gewesen sein will; venerische Infektion wird negiert. Am 8. Dezember 1908


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fiel Pat. rücklings mit dem Kopf auf die Kante einer Kiste und zog sich eine blutende Wunde an der rechten Kopfseite zu. Keine Bewußtlosigkeit, er konnte allein nach Hause gehen. Am nächsten Tage Erbrechen, das einige Zeit anhielt, jetzt aber geschwunden ist. Seit dem Unfall klagt Pat. über Kopfschmerzen, echten Drehschwindel, Hinfälligkeit; außerdem trat etwa 14 Tage nach dem Trauma eine Schwäche im linken Arm und im linken Bein auf. Pat. kann, wie er angibt, zunächst gut gehen, ermüdet aber mit dem linken Bein schon nach wenigen Minuten und muß es dann nachschleifen. Objektiv findet sich Nystagmus bei seitlichen Endstellungen, leichte Hemiparese der linken Seite mit *Babinski*schem Phänomen, geringer Intentionstremor der linken, manchmal auch der rechten Hand, doch ist dies Symptom rechts unsicher. Die wahrscheinlichste Diagnose ist Sklerosis multiplex. Das Trauma ist wohl nicht als ätiologischer Faktor im eigentlichen Sinne zu betrachten, sondern lediglich als auslösendes Moment.

Diskussion. — *M. Edel*-Charlottenburg: Der Pat. ist mir vom Vorstand der Ortskrankenkasse in Kalkberge-Rüdersdorf zur Begutachtung geschickt worden. Ich habe ihn einmal untersucht und mich für die Überweisung in eine Klinik ausgesprochen. Einige Erscheinungen wie Fehlen des Würgreflexes, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, das Befallensein der einen Seite ließen mich annehmen, daß neben der organischen Affektion eine Hysterie besteht, wie sie sich häufig an Unfälle anschließt.

Borchardt: Bei uns bestand weder Gesichtsfeldeinengung noch sind sonstige hysterische Symptome zutage getreten.

Die Versammlung beschließt, die Junisitzung in Teupitz abzuhalten, und beauftragt den Vorstand mit den nötigen Vorbereitungen. Der Vorschlag, außerdem eine Sitzung in Berlin abzuhalten, findet nicht den Beifall der Mehrheit.

Hans Laehr.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie veranstaltete Fortbildungskurs für Psychiater wird in diesem Jahre vom 11. bis 30. Oktober in Berlin stattfinden. Es sind wie im vorigen Jahre in Aussicht genommen: für Nervenheilkunde 20 Stunden, für Hygiene 20 Stunden, für pathologische Anatomie 16 Stunden, für Chirurgie 14 Stunden, für innere Medizin 12 Stunden. Der Beitrag jedes Teilnehmers beträgt 80 M. Anmeldungen und etwaige Anfragen werden erbeten an Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Psychiatrischer Fortbildungskurs in München vom 25. Oktober bis 13. November 1909:

1. ***Alzheimer***, Normale und pathologische Anatomie der Hirnrinde: 20 Stunden.
2. ***Brodmann***, Topographische Histologie der Hirnrinde: 8 Stunden.
3. ***Isserlin***, Psychodiagnostik und Psychotherapie; 6 Stunden.
4. ***Kattwinkel***, Neurologische Demonstrationen: 8 Stunden.
5. ***Kraepelin***, Klinische Demonstrationen: 15 Stunden.
6. ***Kraepelin***, Klinische Experimentalpsychologie: 8 Stunden.
7. ***Liepmann***, Agnosie, Aphasie, Apraxie: 10 Stunden.
8. ***Plaut***, Cytodiagnostik und Serodiagnostik: 6 Stunden.
9. ***Rüdin***, Forensische Demonstrationen: 6 Stunden.
10. ***Rüdin***, Tatsachen und Probleme der Entartung: 6 Stunden.
11. ***Weiler***, Physikalisch-klinische Diagnostik: 6 Stunden.

Besichtigung der Klinik und der Anstalten Eglfing und Gabersee — Honorar 60 M.; Anmeldungen an Dr. *Alzheimer*.

Der 19. Kongreß der Irren- und Nervenärzte Frankreichs und der Länder französischer Sprache soll 2.—9. August d. J. in Nantes unter dem Vorsitz von Dr. *Vallon*, Dir. der Anstalt Ste.-Anne, stattfinden. Drei Diskussionsthemata sind aufgestellt: 1. Die Fugue in der Psychiatrie (Ref. Dr. *Victor Parent*-Toulouse), 2. die chronische Chorea (Dr. *Sainton*-Paris), 3. die Geistes-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kranken im Heere vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt (Ref. Dr. *Granjux*-Paris und Dr. *Rayneau*-Orleans). Außerdem Vorträge und Besichtigungen. Auskunft erteilt Prof. Dr. *Ch. Miralliè* in Nantes, 11, rue Copernic.

Der 6. internationale Kongreß für Psychologie wird 3.—7. August d. J. in Genf tagen. Es sind 4 allgemeine Referate angekündigt: *O. Külpe*-Würzburg und *P. Sollier*-Paris werden die Gefühle, *M. Dessoir*-Berlin, *P. Janet*-Paris und *Mirton Prince*-Boston Das Unbewußte, *Patrizi*-Modena und *Ziehen*-Berlin Die Messung der Aufmerksamkeit und *Höffding*-Kopenhagen und *Leuba*-Bryn-Mowr Die Psychologie der religiösen Erscheinung behandeln. Generalsekretär: *Ed. Claparède* in Genf, 11, avenue de Champel.

Die 3. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte findet am 17. u. 18. Sept. d. J. in Wien statt. Referate: 1. Die Lehre von den Herzneurosen (Ref. *Romberg*-Tübingen und *Aug. Hoffmann*-Düsseldorf); 2. Chronische organische Hirn- und Rückenmarksaffektionen nach Trauma (Ref. *Friedr. Schultze*-Bonn). — Anmeldungen an Geh.-Rat *Erb* oder Doz. Dr. *Schönborn*-Heidelberg oder Prof. *v. Franke-Hochwart*-Wien, Schwarzspanierstrasse.

In der Zeitschrift des Kgl. Preuß. statist. Landesamts beantwortet *A. Guttstadt* die Frage, ob die Gebrechlichen in Preußen nach Maßgabe der Volkszählungen zu- oder abgenommen haben, dahin, daß in den 25 Jahren von 1880 bis 1905 die Taubstummen (1880: 10,2; 1905: 9,0 auf 10 000 Einwohner) und die Blinden (1880: 8,3; 1905: 5,6 auf 10 000 Einwohner) sich vermindert, dagegen die Geisteskranken (und -schwachen) sich erheblich vermehrt haben.

	1905 wurden gezählt:	Auf 10 000 Einw. kamen:
Geisteskranke:	68 991 (35 699 m., 33 292 w.)	18,5 (19,4 m., 17,6 w.)
Geistesschwache:	70 191 (37 792 m., 32 399 w.)	18,8 (20,5 m., 17,1 w.)
zusammen:	139 182 (73 491 m., 65 691 w.)	37,3 (39,9 m., 34,8 w.)
[1880:	66 345 (34 309 m., 32 036 w.)	24,3 (25,6 m., 23,1 w.)]

Gegenüber der Vermehrung der Einwohnerzahl um 36,7 % in 25 Jahren erscheint die Zunahme der Geisteskranken (und -schwachen) um 110 (114 m., 105 w.) % sehr beträchtlich. Eine Vergleichung der Einzelrubriken läßt sich deshalb nicht durchführen, weil früher gefragt wurde, ob die Geisteskrankheit angeboren oder später erworben sei, dagegen 1905, ob geisteskrank oder geistesschwach.

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

	In den Anstalten befanden sich i. J. 1905	Auf 10 000 Einwohner kamen:
Geisteskranke:	56 717 (29 361 m., 27 356 w.)	15,2 (16,0 m., 14,5 w.)
Geistesschwache:	19 173 (10 244 m., 8 929 w.)	5,1 (5,6 m., 4,7 w.)
Zusammen	75 890 d. h. 54,53 sämtlicher Geisteskranken (und -schwachen),	

demgegenüber

1895:	43 791	„	52,8	„
1880:	18 894	„	28,5	„
1871:	11 760	„	21,4	„

(Nach der „Statist. Korresp.“ v. 13. 3. 09.)

Nekrolog Georg Schuldheis. — Am 22. Februar ist zu Stockholm eine der verdienstvollsten Persönlichkeiten auf dem Gebiete der Fürsorge für Geisteskranke und Schwachsinnige in den nordischen Ländern, der Medizinalrat und Oberinspektor Dr. *J. Georg Schuldheis*, dessen Name auch in Deutschland einen guten Klang besitzt, im Alter von nur vierundvierzig Jahren nach verhältnismäßig kurzer Krankheit gestorben.

Er war am 11. September 1864 in der schwedischen Hauptstadt geboren, bezog 1883 die Universität zu Upsala und wurde 1898 daselbst Dozent für Psychiatrie. Im Jahre 1901 erhielt er als Medizinalrat das Amt des Oberinspektors für die Irrenpflege in Schweden.

Schuldheis hatte sich seit 1893 der Laufbahn als Hospitalarzt gewidmet und fand dabei ein Tätigkeitsfeld, das in vollstem Maße seinem Interesse und seiner vielseitigen Begabung entsprach. Sein Eintritt in dieses Gebiet fiel in eine Zeit, in der die Sache der Geisteskranken in Schweden, die lange vernachlässigt worden war, allgemeine Beachtung sich zu erringen begann. In dieser Periode trat *Schuldheis* als ein kenntnisreicher Schriftsteller hervor, der in außerordentlich wirksamer Weise sich gegen Vorurteile und unzutreffende Auffassungen wandte, welche der Entwicklung einer Fürsorge zum Besten der Geisteskranken entgegenstanden. Seine damals veröffentlichte Schrift „Über den rechtlichen Schutz der Geisteskranken“ erregte in weiten Kreisen Aufmerksamkeit und Zustimmung.

Während seiner Zeit als Hospitalarzt und auch später als Medizinalrat hat *Schuldheis* sich einen großen Teil seines Interesses für die forensische Psychiatrie angeeignet, und sein umfassendes Werk „Über geisteskranke Verbrecher“ kann in gewisser Weise als bahnbrechend für die Reformen hingestellt werden, die in der schwedischen Rechtspflege neuerdings Platz gegriffen haben und noch weiterhin in Vorbereitung sind.

In der Medizinalverwaltung seines Vaterlandes hat *Schuldheis* ein großartiges Werk für die Ordnung der Irrenpflege zustande gebracht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die in einem der Regierung vorgelegten ausführlichen Berichte niedergelegten Berechnungen über die Zahl der Irren und Schwachsinnigen (Idioten) waren ihm zu verdanken. Bei der Aufstellung der Baupläne für die neuen Anstalten zu Säter, Västervik, Östersund usw. erwies er einen hervorragend praktischen Blick. In gleichem Maße zeigte er seine warme Teilnahme für die Idiotenfürsorge, und auch hier hat er trotz der kurzen Dauer seiner Schaffenszeit manche wertvolle Anregung — teils durch sein persönliches Eingreifen, teils durch seine schriftstellerische Tätigkeit — gegeben. Er war in dieser Hinsicht für die Regierung, aber ebenso für die Leiter und Lehrer an allen Anstalten, der rechte Vertrauensmann und ein allezeit bereitwilliger Ratgeber geworden, der seinem Amte die vollste Hingabe widmete.

Noch vor kurzem wies er in einem angesehenen Stockholmer Blatte die grundlosen Behauptungen wegen angeblich übertriebenen Luxus in den Krankenhäusern zurück. Rücksichtlos wandte er sich wiederholt wider die in manchen Gemeindevertretungen zutage tretende Neigung, die Aufwendungen für die Geisteskranken und Idioten unter jedes zulässige Maß hinabzudrücken. Er bezeichnete als seinen Wunsch, den Tag zu erleben, an welchem der „Luxus“ in der Irren- und Idiotenpflege dahin gesteigert sei, daß kein Kranker solcher Art wegen Mangels an Platz in Krankenanstalten einer Fürsorge entbehren müsse. Der Tod täuschte diese Erwartung. *Schuldheis* ist mitten aus seiner nie rastenden Arbeit herausgerissen worden. Aber vieles von dem, was er zustande gebracht hat, wird dauernd von segensreicher Bedeutung bleiben, und allezeit wird sein Name als der eines treuen und unermüdlichen Förderers der Fürsorge zum Besten der hilfsbedürftigen Geisteskranken und Idioten in seiner Heimat genannt werden.

Der Heimgegangene kannte die auf das gleiche Ziel gerichteten Einrichtungen und Bestrebungen im Auslande, namentlich in Deutschland, sehr genau. Wer als Ausländer sich an ihn wandte, fand bei ihm allezeit das freundlichste Entgegenkommen. Dafür soll ihm auch an dieser Stelle noch nachträglich gedankt werden! Landesversicherungsrat *Hansen*.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltsberichte ist San.-Rat Dr. *Edels* Privatanstalt zu Charlottenburg, Berlinerstraße 17, beigetreten.

Das Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten (auch in Form von Adressenstreifen) sendet auf Wunsch Dr. *Hans Laehr*.

Personalnachrichten.

Dr. *Karl Zengerly*, bisher in Stephansfeld, ist Oberarzt in Saargemünd geworden.

Dr. *Ernst Böttcher* in Colditz,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. *Ernst Arnemann* in Großschweidnitz,
Dr. *Joh. Klemm* in Zschadraß,
Dr. *Friedr. Geist* in Chemnitz-Altendorf und
Dr. *Konr. Meltzer* in Waldheim sind zu Oberärzten ernannt worden.
Dr. *Friedrich Plaut* und
Dr. *Ernst Rüdin* haben sich als Privatdozenten in München habilitiert.
Dr. *Just. Bödeker*, Priv.-Doz,, Leiter des Fichtenhofs in Schlachtensee, hät den Titel Professor erhalten.
Dr. *Ludwig Römheld*, Leiter der Kuranstalt Hornegg, ist Sanitätsrat geworden.
Dr. *Gust. Aschaffenburg*, Prof., Dir. Arzt der Lindenburg bei Cöln,
Dr. *Otto Binswanger*, Geh. Med.-Rat, Prof. in Jena,
Dr. *Hugo Liepmann* Prof., Dalldorf-Berlin,
Dr. *Paul Näcke*, Med.-Rat, in Hubertusburg,
Dr. *Theod. Ziehen*, Geh. Med.-Rat, Prof. in Berlin,
Dr. *Arnold Pick*, Prof. in Prag, und
Dr. *Alex. Pilcz*, Prof., in Wien „am Steinhof", sind zu korrespondierenden Mitgliedern der Société de Psychiatrie de Paris ernannt worden.
Dr. *Jos Offer*, San.-Rat, Dir. der Landesanstalt Hall, und
Dr. *Aurel Zlatorovic*, Dir. der Landesanstalt Pergine (Tirol), erhielten den Franz Josephsorden,
Dr. *Heinr. Kreuser*, Med.-Rat, Dir. der Heilanstalt Winnental, die Karl-Olga-Medaille in Silber.
Dr. *Alfred Matthaes*, Med.-Rat, Anstaltsoberarzt u. stellvertr. Dir. in Hubertusburg, ist am 10. Februar gestorben.

Berichtigung.

Im Bericht über die 39. Vers. der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe (S. 180) ist als 2. Schriftführer für die nächste Versammlung irrtümlicherweise Herr Dr. *Levi*-Stuttgart genannt, während vielmehr Herr Dr. *M. Weil*-Stuttgart hierzu gewählt wurde.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt[1]).

Von

Professor Dr. **Konrad Alt,**

Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 und der dadurch wesentlich erweiterten Fürsorgepflicht der Landarmenverbände ist in Preußen die Zahl der Geisteskranken, Epileptiker und Idioten mit Anrecht auf „Bewahrung, Kur und Verpflegung in geeigneten Anstalten" ganz erheblich angewachsen. In der jugendlichen Altersstufe, welche bis dahin nur einen verschwindenden Bruchteil zu den Anstaltspflegeberechtigten und zu den Insassen der öffentlichen Anstalten gestellt hatte, machte sich dieser Zuwachs besonders bemerkbar. Genaue Zahlen sind nicht bekannt, wenigstens vermochte das Statistische Amt mir keinen Aufschluß[2]) zu geben, und auch bei den Provinzialbehörden werden — wie ich kürzlich durch eine Umfrage feststellte — nach Altersstufen und Jahrgängen abgetrennte Aufstellungen nicht überall

---

[1]) Auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Köln im Auftrage der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge als Referat erstattet (22. April 1909).

[2]) Die Gesamtzahl der im Jahre 1907 in den öffentlichen und privaten Anstalten Preußens verpflegten Geisteskranken pp. betrug nach Mitteilung des Statistischen Amtes 108 721. Bei einer Gesamtbevölkerung von 37 293 324 entfallen somit auf 1000 Einwohner nahezu 3 (2,88) Anstaltsverpflegte. Man kann aus den Sonderaufzeichnungen einzelner Provinzen den Schluß ziehen, daß die Zahl der jugendlichen Anstaltsverpflegten in Preußen etwa 6—8 % der Gesamtverpflegten ausmacht, also rund 6—8000 beträgt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geführt. Als jugendlich bezeichnet übrigens eine Verwaltung die Pfleglinge bis zum vollendeten 14., eine andere bis zum 16. und wieder eine andere bis zum 18. Lebensjahre. In später noch zu erwähnenden preußischen Ministerialerlassen wird zwischen Kranken unter und solchen über 18 Jahren unterschieden, welche Altersabgrenzung auch wohl dem landläufigen Brauch entspricht. Einen ungefähren Anhaltspunkt für die Bemessung des nach Erlaß jenes Gesetzes erfolgten Zuwachses der Jugendlichen und ihres Prozentverhältnisses zu den Erwachsenen geben beispielsweise folgende Einzelauskünfte. In der Provinz Sachsen betrug die Zahl der Geisteskranken. Epileptiker und Idioten, welche der Fürsorge der Provinzialverwaltung anheimgefallen sind,

Ende Dezember	1890	insgesamt	1576	(darunter	keine	unter	14	Jahren)
„ „	1900	„	3475	(„	257	„	14	„)
„ „	1908	„	4907	(„	323	„	14	„)

Also in 18 Jahren mehr als Verdreifachung der Fürsorgeberechtigten überhaupt, Ansteigen der anstaltsverpflegten Kinder von 0 auf 323, also auf 6,5% der Gesamtzahl. Für die Provinz Brandenburg gilt ungefähr das gleiche in bezug auf die Gesamtzahl der fürsorgeberechtigten Geisteskranken pp:

im Jahre	1890	insgesamt	2243	(darunter	66	jugendl. unter	16	Jahren
„ „	1900	„	4389	(„	316	„ „	16	„
„ „	1908	„	7244	(„	546	„ „	16	„

Also auch mehr als Verdreifachung der Gesamtzahl, darunter über 7,5% jugendliche unter 16 Jahren gegenüber annähernd 3% vor Erlaß des Gesetzes.

In der Provinz Posen ist die Gesamtzahl der anstaltsverpflegten Geisteskranken pp. von 654 im Jahre 1890 auf 1824 im Jahre 1900 und 2859 im Jahre 1908, also in einem Zeitraum von 18 Jahren um mehr als das Vierfache angewachsen, während die Zahl der Jugendlichen in den gleichen Jahren 21, dann 91 und 1908 ebenfalls 91 betrug.

Die sämtlichen Jugendlichen dieser beiden letztgenannten Provinzen befanden sich bei Inkrafttreten des Gesetzes in privaten, nicht in eigenen Anstalten der Provinzialverbände. Das ist auch durchweg in den anderen Provinzen ähnlich gewesen. In den preußischen öffentlichen Irrenanstalten, etwas mehr in den psychiatrischen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Universitätskliniken, wurden nur ganz vereinzelt und vorübergehend Kinder verpflegt und behandelt, für welche besondere Einrichtungen nicht bestanden; beispielsweise um ihre unterrichtliche Förderung kümmerte sich wohl gelegentlich ein Arzt, Geistlicher oder Pfleger, mitunter wohl auch ein durch seinen früheren Lebensberuf vorgebildeter Kranker, planmäßiger Unterricht war jedoch nicht vorgesehen.

Die jugendliche Altersstufe erheischt aber, wie *Jolly* im Jahre 1882 warmherzig und überzeugend dargetan hat, auf das dringendste pädagogische Einrichtungen, da es sich darum handelt, unter schwierigeren Bedingungen als bei gesunden Kindern die geistige Entwicklung zu fördern oder in manchen Fällen wenigstens den höheren Graden der Verblödung vorzubeugen. Da überdies jeder preußische Untertan im schulpflichtigen Alter ein Anrecht auf Ausbildung in den Elementarfächern hat, so können für die dieser Altersstufe angehörigen bildungsfähigen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nur solche Anstalten als geeignete angesprochen werden, die — außer Erfüllung der sonstigen, in Rücksicht auf die Kranken gebotenen Vorbedingungen — über die nötigen Schuleinrichtungen zur Übermittelung der Elementarkenntnisse verfügen. Dies Erfordernis erfüllten die bei Erlaß des mehrgenannten Gesetzes bestehenden öffentlichen Anstalten nicht, waren somit in ihrer derzeitigen Art schon wegen der fehlenden Schuleinrichtungen nicht ohne weiteres zur Aufnahme von Kindern geeignet, die überdies — worauf ebenfalls *Jolly* hingewiesen hat — dort Gefahr liefen, in Gesellschaft der Erwachsenen zu verrohen. Den Landarmenverbänden als den gesetzlich berufenen Organen für sachgemäße Verwirklichung der erweiterten Fürsorge erwuchs somit die Verpflichtung, geeignete Anstalten zur Bewahrung, Kur und Verpflegung auch der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten neu zu schaffen oder bestehende Anstalten zweckmäßig umzugestalten und auszurüsten. Dieser durch die veränderte Gesetzeslage überkommenen Verpflichtung sind die einzelnen Verwaltungen sehr verschiedenartig nachgekommen. Dr. *Friedenheim* hat in seinen ausführlichen, 1907 auf dem internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie zu Berlin erstatteten Referat: „Soziale Fürsorge für geistig-abnorme Kinder“ sicher einem großen Teil be-

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rufener Männer aus der Seele gesprochen, als er die Behauptung aufstellte, daß die Provinzen sich zum Teil „dieser gesetzlichen Verpflichtung nicht in einer Weise erledigt haben, wie es den Anforderungen der modernen Humanität auf wissenschaftlicher Grundlage entsprechen würde“[1]). Gewiß ein harter Vorwurf, der um so schwerwiegender ist, als er in Deutschlands Hauptstadt gegen deutsche Behörden vor einem internationalen Interessentenkreis erhoben wurde!

Bereits *vor* Erlaß des Gesetzes befand sich schon ein gut Teil der damals noch nicht anstaltspflegeberechtigten jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in *privaten*, hauptsächlich von der *Charitas* beider christlichen Konfessionen eingerichteten und vielfach mit öffentlichen Zuschüssen unterhaltenen *Wohltätigkeitsanstalten*, denen für ihre segensreiche Vorarbeit und werkfreudige Nächstenliebe der Dank aller Menschenfreunde gebührt. Es lag nahe für die mit der praktischen Erfüllung des Gesetzes betrauten Verwaltungen, diesen schon bestehenden Wohltätigkeitsanstalten die bereits dort befindlichen, nunmehr zur Bewahrung, Kur und Verpflegung in geeigneten Anstalten berechtigten Jugendlichen unter Übernahme der Pflegekosten zu belassen und ihnen überhaupt die weiterhin Anstaltspflegebedürftigen der gleichen Altersstufe zu überweisen. Das geschah und geschieht vielerwärts, und die *eigenen öffentlichen* Anstalten wurden und werden nur für solche jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in Anspruch genommen, die wegen *lästiger* Äußerungen schwerer geistiger Störung, z. B. Neigung zu Tobsuchtsausbrüchen, oder wegen sonstiger unangenehmer Eigenschaften, z. B. Trieb zum Brandlegen, Stehlen, Vagabundieren, zu Sittlichkeitsvergehen u. a. m., in den privaten Anstalten nicht beliebt werden. Ein großer Teil der letzteren hat nämlich in ihren Satzungen vorgesehen, daß störende Elemente der vorgenannten Art nicht aufgenommen und behalten werden. Derartige Ausschließungsbestimmungen bestehen für die öffentlichen Anstalten nicht, die sich mit allen anstaltspflegebedürftigen, auch den unangenehmen und gefährlichen Kranken abzufinden haben.

Daß die öffentlichen Anstalten, so wie sie bei Erlaß des Gesetzes beschaffen waren, für Jugendliche nicht ohne weiteres geeignet und

[1]) Fortschritte der Medizin. 26. Jahrg., Heft 3, Seite 69.

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by 
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

deshalb entsprechender Abänderung und Erweiterung bedürftig waren, ist von den Psychiatern, von denen ich bereits *Jolly* zitierte, jederzeit deutlich betont worden. Es sei auch noch *Schüle* das Wort gestattet, der in Bearbeitung der Frage „Wohin mit den geisteskranken Kindern?" überzeugend ausführte: „Die Geisteskrankheiten an sich, namentlich aber die auf organischen Hirnleiden beruhenden Aufregungen entfesseln so mancherlei düstere Seiten der Menschennatur, so viel niedrige Neigungen und Äußerungsweisen des irren Geistes, daß deren Einwirkung auf ein impressionibles kindliches Gemüt mit dem ernstesten Bedenken erfüllt. — Es möchte in den meisten dieser großen Anstalten beinahe unmöglich oder nur mit den schwersten Opfern durchzuführen sein, daß daneben auch der Individualität geisteskranker Kinder genügend Raum geschaffen werde. Auch die tüchtigste Leiterin und der gewandteste Wärter dürften nicht einfach nur ad hoc imstande sein, ihre Erfahrungen aus der Pflege von Erwachsenen in gleich nutzbringender Weise auch für die Pflege einer erkrankten Kinderseele zu verwenden."[1])

Also an Erkenntnis und freimütigem Geständnis, daß und weshalb die bestehenden öffentlichen Anstalten, so wie sie waren, sich nicht ohne weiteres für Jugendliche eigneten, hat es nicht gefehlt.

Fragt sich, ob die bestehenden privaten und Wohltätigkeitsanstalten, so wie sie waren, als zur Bewahrung, Kur und Verpflegung der anstaltsberechtigten Geisteskranken, Epileptiker und Idioten jugendlichen Alters geeignete Anstalten angesprochen werden konnten, oder ob auch sie den an solche zu stellenden Anforderungen nicht oder doch nur teilweise entsprachen. Die weitaus meisten von ihnen hatten als obere Altersgrenze ihrer Pfleglinge das 16. oder 18. Lebensjahr festgesetzt, so daß die Berührung mit Erwachsenen und die daraus entspringende Gefährdung so gut wie ausgeschlossen war. Auch unterrichtliche Einrichtungen bestanden meistens, die allerdings durchweg in bezug auf Lehrstoff und Lehrpersonen ganz erheblich abwichen von denen für gesunde Kinder, von denen des Auslandes für geistig abnorme Kinder, wie sie beispielsweise in Paris am Bicêtre von Bourneville mit

[1]) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker. Jahrgang 22, Heft 5, Seite 70.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überraschenden Erfolgen eingerichtet waren, von denen, die heute an mehreren deutschen öffentlichen Anstalten von Fachmännern des In- und Auslandes rühmlichst erwähnt werden. Seminaristisch durchgebildete, vor Übernahme der Lehrtätigkeit bei Abnormen tüchtig im Unterrichten normaler Kinder geschulte, vollwertige Lehrkräfte waren nur vereinzelt verwendet. Schultechnik und Methodik waren durchaus nicht einheitlich und planmäßig geregelt; Auswendiglernen und Hersagen von Sprüchen, Erklärungen und Erzählungen, zumeist dem Religionsgebiet entnommen, wurden vielfach einseitig auf Kosten anderer Verstandesübungen bevorzugt. Die hygienischen Einrichtungen vieler dieser Anstalten, die meist nicht nach fachmännischen Gesichtspunkten und Plänen angelegt, die vielfach aus vordem ganz anderen Zwecken dienenden Baulichkeiten umgeändert und je nach Bedarf und verfügbaren Mitteln nach und nach angeflickt und erweitert waren, ließen fast durchweg sehr viel zu wünschen übrig. Infektionskrankheiten aller Art, insbesondere Tuberkulose und Ruhr rafften einen großen Teil der Insassen dahin und zeitigten sehr hohe Sterblichkeitsziffern. Überhaupt war die ärztliche Fürsorge in den weitaus meisten Anstalten für die jugendlichen Epileptiker und Idioten anfangs der 90er Jahre in Deutschland durchweg unzureichend, und vollends an genügender psychiatrischer Beeinflussung der Behandlung und Pflege dieser Kranken mangelte es so gut wie überall. Der deutsche Verein für Psychiatrie, als berufenster Vertreter der Interessen aller durch Gehirnkrankheit besonderer Wartung und Kur Bedürftigen und gesetzlich Berechtigten, hielt es angesichts dieser Zustände für seine Pflicht, auf seiner unmittelbar nach Inkrafttreten des mehrgenannten Gesetzes stattfindenden Jahresversammlung zu Frankfurt a. M. — 25. und 26. Mai 1893 — seiner Überzeugung einmütigen und einstimmigen Ausdruck in den Ihnen allen bekannten Thesen zu geben, welche im Interesse der Kranken für die Ärzte und Psychiater forderten, was der Äizte und der Psychiater ist.

Diesen einmütig gestellten Forderungen der berufenen Männer wurde für Preußen im wesentlichen Rechnung getragen durch den


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ministerialerlaß vom 20. September 1895, der, wie *Moeli* sich ausdrückt, „den fachmännisch genügend ausgebildeten und von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestätigenden Arzt in den Mittelpunkt auch der nicht im Besitz von Ärzten befindlichen Privatanstalten stellt.“[1]) Die von den 3 Ministerien der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, des Innern und der Justiz gemeinsam erlassene Anweisung über Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung privater Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptiker bestimmt psychiatrische Leitung, soweit es sich nicht um wirtschaftliche und Bureauangelegenheiten oder um den Unterricht der Kranken handelt, durch einen an einer größeren öffentlichen Anstalt oder psychiatrischen Universitätsklinik längere Zeit (in späterem Erlaß wird 2 Jahre angegeben) tätig gewesenen Arzt, dem eine nach der Krankenzahl festgesetzte Anzahl ebenfalls psychiatrisch geschulter Ärzte beizugeben ist. Es wird ferner angeordnet regelmäßige Besichtigung durch den Kreisarzt und eine ständige Besuchskommission, der ein erfahrener Psychiater angehört.

Gleichzeitig wurde durch genaue Vorschriften „über Anlage, Bau und Einrichtung pp.“ derartiger Anstalten für bessere hygienische Verhältnisse gesorgt.

Ob und inwieweit zu diesem Erlaß der im Jahre 1894 in der Rheinprovinz verhandelte Mellage-Prozeß mit seiner grellen Beleuchtung übler Mißstände beigetragen hat, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls bedeutet der Erlaß vom 20. September 1895 einen gewaltigen Fortschritt, der in seiner segensreichen Wirkung nur dadurch starke Einbuße erlitt, daß in den Schluß- und Übergangsbestimmungen für die bereits an den Privatanstalten tätigen Ärzte Dispens von dem Nachweis der geforderten Vorbildung vorgesehen wurde.

In bezug auf die Anstalten für jugendliche Kranke vollends wurde der von dem Erlaß erhoffte Segen so gut wie ganz wiederaufgehoben durch einen Ergänzungserlaß der gleichen Ministerien vom 24. April 1896 des Inhaltes, die Regierungspräsidenten

[1]) Das Preuß. Medizinal- und Gesundheitswesen, Berlin 1908, Fischers med. Verlag, Seite 280.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

seien zu ermächtigen, „für bereits bestehende Pflegeanstalten von der Forderung einer psychiatrischen Vorbildung des Arztes überhaupt abzusehen, wenn die Anstalten vorzugsweise jugendliche Idioten und Epileptische aufnehmen und es mit besonderer Schwierigkeit verbunden sein würde, einen in dieser Weise vorgebildeten Arzt zu beschaffen."

Bei aller geziemenden Ehrerbietung vor der Einsicht und Weitsicht der Herren Minister und ihrer Herren Räte wird man die Frage nicht umgehen können, weshalb ist diese fundamentale Einschränkung hinterher gemacht worden? Difficile est satiram non scribere! Jeder Fachkenner weiß — ich werde an anderer Stelle darauf zurückkommen —, wie gerade bei den jugendlichen Idioten und Epileptikern die intensive aber auch dankbare Arbeit des Psychiaters erforderlich und unentbehrlich ist. In der verhältnismäßig kurzen Spanne Zeit, während welcher wir in Deutschland über eine, wenn auch erst geringe Anzahl ärztlich und psychiatrisch hinreichend versorgter Jugendabteilungen für Idioten und Epileptiker bei öffentlichen Anstalten verfügen, sind die ätiologischen Kenntnisse und therapeutischen Fortschritte aus dem Gebiete dieser Krankheiten unverkennbar weit mehr gefördert worden, wie vordem in Dutzenden von Jahren und Anstalten. Die rechte Würdigung der exogenen Faktoren bei diesen schweren Erkrankungen ist erst eine Errungenschaft der Neuzeit.

Erfreulicherweise waren nicht alle preußischen Landarmenverbände der Ansicht, ihrer gesetzlich überkommenen Verpflichtung gegenüber den Jugendlichen dadurch zu genügen, daß sie die anstaltsberechtigten Epileptiker und Idioten dieser Altersstufe einfach den schon bestehenden privaten und Wohltätigkeitsanstalten beließen oder überwiesen. Die Reichshauptstadt Berlin, welche bereits seit dem Jahre 1881 eine eigene, der Anstalt Dalldorf angegliederte, meiner Ansicht nach psychiatrisch etwas sehr stiefmütterlich behandelte Abteilung für bildungsfähige Idioten von 7—16 Jahren besitzt, errichtete im Herbst 1893 bei der neu erbauten städtischen Epileptikeranstalt Wuhlgarten eine Abteilung für epileptische Kinder mit entsprechenden Schuleinrichtungen und Arbeitsstätten. Die



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Provinz Brandenburg, die, wie bereits erwähnt, im Jahre 1890 im ganzen 66 Jugendliche unter 16 Jahren in provinzieller Fürsorge und zwar ausschließlich in Privatanstalten hatte, übernahm und reformierte die vormalige Wohltätigkeitsanstalt Wilhelmsstift zu Potsdam als Provinzialanstalt für jugendliche bildungsfähige Idioten; sie steht unter der gleichen psychiatrischen Direktion wie die dortige Provinzial-Epileptiker-anstalt, die ebenfalls eine Jugendabteilung aufweist. Hervorzuheben ist, daß die Provinz Brandenburg, die in Potsdam noch ein besonderes Pensionärhaus für jugendliche Idioten plant, im Jahre 1908 von den 546 Jugendlichen nur 28 in privaten, alle übrigen in eigenen Anstalten verpflegte. In der Provinz Sachsen war bereits vor Erlaß des mehrgenannten Gesetzes eine Umfrage über die Zahl der Idioten und Epileptiker veranstaltet und in einer sehr bemerkenswerten Denkschrift die Notwendigkeit der Erbauung einer unter psychiatrischer Leitung stehenden Provinzialanstalt vorwiegend zur Aufnahme der bis dahin von der öffentlichen Fürsorge kärglich bedachten Kranken vorgenannter Kategorie dargetan. Die mancherseits empfohlene Erweiterung einer in der Provinz belegenen größeren charitativen Anstalt wurde mit aller Entschiedenheit abgelehnt und die Erbauung der im Jahre 1894 teilweise eröffneten Anstalt Uchtspringe beschlossen, der eine Abteilung mit rund 200 Plätzen für geisteskranke, schwachsinnige und krampfleidende Kinder unter 14 Jahren angegliedert wurde. Die Uchtspringer Schuleinrichtungen haben vielfache Anerkennung (auch beispielsweise seitens des Herrn Inspektor *Trüper*-Jena) und Nachahmung im In- und Ausland gefunden, ebenso die von Uchtspringe aus planmäßig ins Leben gerufene familiäre Verpflegung der Jugendlichen. Bemerkenswert ist, daß in der Zusammenstellung der Heil-, Erziehungs- und Pflegeanstalten des Herrn Pastor *Stritter*, auch in dem Nachtrag aus dem Jahre 1904, Uchtspringe nicht einmal erwähnt wird.

Die Provinz Hannover übernahm im Jahre 1897 die von einem Komitee zur Errichtung von Idiotenanstalten gegründete Wohltätigkeitsanstalt Langenhagen als Provinzialanstalt, welche


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gründlich umgebaut und in der Hauptsache für jugendliche Schwachsinnige und Epileptiker bestimmt und mit trefflichen Schuleinrichtungen ausgestattet wurde. Langenhagen war auch schon vorher psychiatrisch geleitet und wegen seiner lehrreichen Jahresberichte eine der wenigen ergiebigen Anstaltsquellen zum Studium der Ätiologie und Anatomie der epileptischen und idiotischen Krankheitsformen.

Die Rheinprovinz, deren Fürsorge Ende März 1908 insgesamt 12 732 Geisteskranke pp. anheimfielen, hatte bereits 1896 die Einrichtung einer besonderen Anstalt für Geisteskranke und Epileptiker mit einer besonderen Jugendabteilung geplant und mich mit Bearbeitung des allgemeinen Bauprogramms[1]) betraut. Aber erst neuerdings ist eine solche errichtet und zwar in Johannisthal bei Süchteln, woselbst eine besondere Abteilung für jugendliche katholische Epileptiker mit entsprechenden Schulabteilungen besteht, wohingegen die evangelischen jugendlichen Epileptiker nach wie vor der evangelischen Anstalt Bethel bei Bielefeld überwiesen werden. Auch die Provinzen Hannover, Westfalen und Schleswig-Holstein lassen ein gut Teil ihrer jugendlichen Epileptiker in Bethel verpflegen. — Schlesien mit insgesamt 9153 Anstaltsverpflegten besitzt eine kleine Jugendabteilung an der Provinzialanstalt Freiburg i. Schl., während die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen in Privatanstalten untergebracht ist.

In Posen werden die jugendlichen Geisteskranken pp. seit 1900 ausschließlich in der mit guten Schuleinrichtungen ausgestatteten Jugendabteilung der Provinzialanstalt Kosten verpflegt und behandelt. Ostpreußen besitzt seit 1901 in Verbindung mit der jetzigen Provinzialanstalt zu Rastenburg eine Jugendabteilung, die seit 1908 je ein besonderes Knaben- und Mädchenhaus umfaßt.

Die Provinz Westpreußen verfügt nicht über eine besondere Jugendabteilung an einer ihrer eigenen Anstalten, demgemäß auch nicht über besondere Schuleinrichtungen. Bei der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz ist indes die Errichtung einer besonderen

[1]) Alt: Allgemeines Bauprogramm zur Errichtung einer Anstalt für Epileptische und Geisteskranke. — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1898.

Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Idiotenabteilung mit 240 Betten im Bau. Auch ist ein Teil der idiotischen Kinder in der ostpreußischen (seit 1. Juli 1908) Provinzial-Anstalt Rastenburg untergebracht.

Hessen-Nassau plant im Bezirk Wiesbaden eine Abteilung für Jugendliche (insbesondere auch für Fürsorgezöglinge). Die übrigen Provinzen haben eigene Anstalten oder Abteilungen für Jugendliche nicht eingerichtet, planen vorderhand solche auch nicht, da sie mit den verschiedenen privaten und zumal Wohltätigkeitsanstalten zufrieden sind.

Von den übrigen Bundesstaaten, die ja keine so weitgehende gesetzliche Verpflichtung gegenüber den Geisteskranken, Epileptikern und Idioten haben wie Preußen, verpflegt Königreich Sachsen z. Zt., bei einer Gesamtzahl von 6382 Kranken, 31 Kinder bis zu 14 Jahren dieser Art in eigenen Anstalten, überweist die erziehungsfähigen Schwachsinnigen vorwiegend nach Chemnitz-Altendorf, die Blöden nach Großhennersdorf, die Epileptischen nach Hochweitzschen. Die Stadt Leipzig hat mit der Anstalt Dösen ein Kinderhaus mit 46 Plätzen für geistig abnorme und nervenkranke Kinder aller Art verbunden, welches nach einer in der Zeitschrift für Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns veröffentlichten Mitteilung des Kollegen Rehm ein wahres „psychiatrisches und neurologisches Schatzkästlein darstellt."

Württemberg verpflegt die Geisteskranken, zur Zeit 3860, in eigenen Anstalten, während die Schwachsinnigen und Epileptischen, insgesamt 2101, sich durchweg in Privatanstalten befinden, welche für die Jugendlichen, deren Zahl nicht festgestellt ist, entsprechende Einrichtungen haben.

Bayern hat außer einer mit der psychiatrischen Klinik in München verbundenen kleinen Kinderabteilung mit 5 Betten noch eine öffentliche bei der pfälzischen Kreisanstalt Frankenthal. Im übrigen sind alle jugendlichen Epileptiker, Idioten usw. Bayerns in den zahlreichen privaten, zumeist Wohlfahrtsanstalten untergebracht, von denen manche besondere Schuleinrichtungen haben.

Im Großherzogtum Baden mit insgesamt 5886 anstaltsverpflegten Geisteskranken pp. besteht keine staatliche


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anstalt oder Abteilung für Jugendliche, die Privatanstalten überwiesen werden. Sachsen-Weimar übergibt die Jugendlichen durchweg den eigenen Anstalten, hat überdies vertragsmäßig 40 Plätze für jugendliche bildungsfähige Idioten in der Sachsen-Altenburgischen Idiotenanstalt „Martinshaus“ in Roda zur Verfügung.

Das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin besitzt eine rühmlich bekannte, psychiatrisch geleitete staatliche Anstalt für geisteskranke Kinder zu Schwerin; 1908 betrug die Zahl der dort verpflegten Kinder 239, von denen 78 in drei aufsteigenden Klassen und zwei Vorschulklassen unterrichtet wurden. Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz hat einen Neubau in Verbindung mit der Irrenanstalt Neustrelitz begonnen, der die Aufnahme von 50 Epileptikern und Idioten ermöglicht. Das Herzogtum Sachsen-Altenburg besitzt das bereits erwähnte Martinshaus, in welchem für die bildungsfähigen Jugendlichen Unterricht vorgesehen ist.

Anhalt hat eine eigene Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Dessau und eine Kinderabteilung für bildungsunfähige Kinder bei der Landes-Siechenanstalt Hoym.

Die anderen Bundesstaaten besitzen keine eigenen Jugendabteilungen, planen solche auch nicht, mit Ausnahme von Hamburg, das in Verbindung mit der Staatsanstalt Friedrichsberg eine Villa mit 30 Plätzen für solche Jugendliche bis zu 17 Jahren erbauen will, die in den Alsterdorfer Anstalten nicht verbleiben können.[1])

Die weitaus überwiegende Mehrheit der jugendlichen Kranksinnigen und Epileptiker ist in Deutschland zurzeit in nicht psychiatrisch geleiteten, vielfach nicht einmal psychiatrisch beratenen Anstalten untergebracht, und selbst in Preußen ist trotz des Gesetzes vom 11. Juli 1891 infolge des rückschrittlichen Ergänzungserlasses vom 20. April 1896 diesen Kranken — und als solche werden sie in mehreren Erlassen ausdrücklich bezeichnet — psychiatrische Behandlung und Überwachung durchaus nicht

[1]) Die genaueren Verhältnisse sind aus dem Anhang (s. Kleinere Mitteilungen am Schlusse dieses Hefts), der die eingegangene Beantwortung meiner Umfrage auszugsweise enthält, ersichtlich.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesichert. Immerhin ist in den letzten 15 Jahren ein segensreicher Wandel eingetreten und bereits ein im Vergleich zu früher ansehnlicher Bruchteil der Jugendlichen in die Obhut ihrer berufenen Ärzte gegeben und in öffentlichen Anstalten verpflegt. Die Einsicht, daß alle im gesetzlichen Sinne anstaltspflegebedürftigen Epileptiker und Idioten ebenso wie die übrigen Geisteskranken in sachverständige psychiatrische Behandlung und Überwachung gehören, und solche in eigenen öffentlichen Anstalten am ehesten gewährleistet ist, wird sich schon durchringen. Darüber, daß die öffentlichen Anstalten unter entsprechender Abänderung und Erweiterung ihrer baulichen Anlage und Einrichtungen auch für die Jugendlichen wohlgeeignet sein können, besteht nach den bisherigen Erfahrungen und von berufenster Seite anerkannten Erfolgen keinerlei Zweifel mehr. Der praktische Beweis dafür ist überzeugend geliefert. Die eine Hauptfrage ist nur, worauf *Weygandt* vor 3 Jahren in unserer Versammlung hingewiesen hat: ist es zweckmäßiger, ausschließlich für Jugendliche bestimmte Anstalten zu errichten, oder Jugendabteilungen mit Anstalten für Erwachsene zu vereinigen. Die andere: empfiehlt es sich, wie das beispielsweise im Königreich Sachsen und in mehreren preußischen Provinzen geschieht, die jugendlichen Epileptiker anderen Anstalten zuzuweisen als die jugendlichen Idioten, die bildungsfähigen und heilbaren in besonderen Anstalten von den nicht heilbaren und nicht bildungsfähigen zu scheiden, oder aber sollen die Anstalten oder Abteilungen für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Idioten ohne Rücksicht auf Heilbarkeit und Krankheitsform eingerichtet werden.

Dieselben Gründe der Menschlichkeit und praktischen Undurchführbarkeit, welche die Trennung der Anstalten für Erwachsene in solche für Heilbare und solche für Unheilbare als verfehlt erscheinen lassen, gelten in noch höherem Grade in bezug auf die Jugendlichen. Wer von uns möchte das Odium auf sich laden, ein eigenes oder nahestehendes kranksinniges oder epileptisches Kind einer bestimmungsgemäß nur für Unheilbare eingerichteten Anstalt zuzuweisen? Hat nicht die noch vor 20 Jahren gerade als Typus angeborener, unheilbarer Verbildung und Verblödung geltende Myxidiotie den sinnfälligsten Beweis dafür erbracht, wie wandelbar und irrig die An-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schauungen über Heilbarkeit und Unheilbarkeit, über Bildungsfähigkeit und Bildungsunmöglichkeit sein können? Durch die aufgelöste Bauweise, das Pavillonsystem, welches schon aus hygienischen Gründen für Jugendliche unbestreitbar den Vorzug verdient, ist ja innerhalb ein und derselben Anstalt jede erwünschte Trennung der schwereren und leichteren Krankheitsformen mit Leichtigkeit jederzeit durchzuführen und damit die vermeintliche oder tatsächliche Gefährdung der empfindlichen Kinder zu vermeiden. Auch die gegenwärtig mancherwärts beliebte Trennung in Spezialanstalten für jugendliche Epileptiker und solche für jugendliche Idioten wird jedem über reiche eigene Erfahrung verfügenden Psychiater undurchführbar und unnatürlich erscheinen. Ein sehr großer Bruchteil der jugendlichen Epileptiker bietet dauernd oder vorübergehend das Bild leichteren oder schweren Schwachsinns, und bei gar vielen Idioten, von welchen der bei der Einweisung mitgebrachte ärztliche Fragebogen nichts von voraufgegangenen Krampfanfällen vermeldet, treten in der genaueren Anstaltsbeobachtung epileptische Zustände aller Art, selbst Status epilepticus, zutage. Nach meiner Erfahrung, die sich mit derjenigen vieler Nervenärzte deckt, hat die Idiotie in etwa einem Drittel der Fälle eingesetzt nach einer akuten Gehirnkrankheit, die mit Krämpfen einherging. Epilepsie und Idiotie erwachsen somit überaus häufig auf dem gleichen Boden.

Dasselbe gilt inbezug auf Kinderpsychosen im engeren Sinne des Wortes, deren Zahl an sich nicht groß ist und erst merklich zunimmt, wenn die Altersabgrenzung statt bei dem 14. erst bei dem 16. oder 18. Lebensjahre vorgenommen wird, denen im Beginn manchmal nicht gleich anzusehen ist, ob es sich beispielsweise um schubweise Verschlimmerung einer ursprünglichen Imbezillität, um ein psychisches Äquivalent oder Stadium der Epilepsie oder um ein neu aufgetretenes, selbständiges psychisches Leiden handelt.

Aus wissenschaftlichen und praktischen Gründen sollte die Behandlung und Verpflegung der anstaltsbedürftigen jugendlichen Gehirnkranken nicht in kategorienweise getrennten Sonderanstalten, sondern in gemeinsamer Heil- und Pflegeanstalt erfolgen, die auch im Interesse der Ärzte und des Pflegepersonals den Vorzug verdient.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine größere Menge ausschließlich epileptischer Kinder, die mehr oder minder alle vorübergehend oder dauernd reizbar sind, stellt an die Geduld des Pflegepersonals Anforderungen, denen nicht viele gewachsen sind; ebenso ist die ständige Wartung nur tiefstehender Idioten auf die Dauer nur wenigen zusagend. Ein altindisches Sprichwort besagt, daß ein Arzt, der ausschließlich Spezialist für ein Fach ist, einem Vogel gleicht, der mit einem Flügel fliegt; ich glaube, daß ein ausschließlich zur Behandlung von Idioten bestimmter Psychiater gar bald auch den einen Flügel zu gebrauchen verlernt.

Wir kommen nunmehr zu der Frage, was das bessere ist, ausschließlich für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige bestimmte Anstalten oder für Kranke dieser Art eingerichtete Jugendabteilungen in Zusammenhang mit einer Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene. Ausschließlich Jugendanstalten waren die meisten Privat- und Wohltätigkeitsanstalten für Epileptiker und Idioten, und es lag nahe, daß die preußischen Landarmenverbände, welche solche nach Inkrafttreten des mehrerwähnten Gesetzes übernahmen, mangels eigener Erfahrung es nach der Richtung vorläufig bei dem alten beließen. Es ist wohl zu verstehen, daß die der werkfreudigen Nächstenliebe zu verdankenden, nicht von Haus aus psychiatrisch organisierten Wohltätigkeitsanstalten vorwiegend die Jugendlichen berücksichtigten und sich stiftungsgemäß auf deren Pflege beschränkten. Die Gründer oder doch die intellektuellen Väter dieser Wohlfahrtseinrichtungen waren zumeist Geistliche und Schulmänner, denen die Sorge für die Jugend und ihre geistige und sittliche Förderung am nächsten lag. Die Aussichten, nachhaltig zu helfen und zu bessern, waren ja größer bei Jugendlichen, für welche Menschenfreunde und Wohltäter von jeher mehr offene Hand hatten. Überdies ist die Pflege jugendlicher Kranksinnigen, die bei weitem nicht so wie Erwachsene zu schweren Erregungs- und Tobsuchtszuständen neigen, wesentlich leichter ohne besondere Vorrichtungen und psychiatrische Sondererfahrung durchzuführen.

Daß dieser letzte Gesichtspunkt mitsprach, geht schon daraus hervor, daß vielfach bestimmungsgemäß die erregten und ausge-



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprochen geistesgestörten Kinder von der Aufnahme ausgeschlossen oder bei nachträglichem Einsetzen derartiger Zustände entlassen wurden. Wie leicht in nicht psychiatrisch geschulter Umgebung dem Kindesalter entwachsene, an sich harmlose Psychopathen in Erregungszustände und Konflikte mit ihrer Umgebung geraten, ist jedem Fachmann zur Genüge bekannt und deshalb auch verständlich, daß die Laien — und als solche müssen in dieser Frage die Nichtpsychiater aufgefaßt werden — ausschließlich Jugendanstalten bevorzugten und stifteten. Allerdings gingen Praxis und Theorie nicht Hand in Hand, eine ganze Reihe von Jugendanstalten behielt den und jenen harmlosen Idioten über die vorgesehene Altersgrenze hinaus; deren Zahl mehrte sich, und es wurden sogar, trotz der ursprünglich anders lautenden Satzungen, Abteilungen und selbst Häuser für sie angefügt. Es erschien hart und unnatürlich, die bisherigen Pfleglinge, dafern sie harmlos und zufrieden waren, mit einem Male einer ungewissen Zukunft oder einer neuen fremden Umgebung zu überantworten. Auch hatte sich herausgestellt, wie zweckmäßig eine Verdünnung der Jugendlichen mit einer Anzahl ausgesuchter Erwachsener sei, die nach und nach zu nützlichen und glücklichen Helfern bei der Pflege und Bedienung der hilflosen Kleinen und in Verrichtung mancher Haus- und Gartenarbeit herangewachsen waren. Wo Werkstätten, Viehzucht und Landwirtschaft mit einer Anstalt verbunden waren, sprang dieser wirtschaftliche Vorteil noch mehr in die Augen und führte zu Vergrößerung der wünschenswert erscheinenden Beimengung ausgesuchter Erwachsener zu den Jugendlichen. Auch die letzteren empfanden die Gesellschaft erwachsener Leidensgenossen durchweg angenehm, zu denen sie in gewissem Sinne ebenso ehrerbietig hinaufblickten wie der Quartaner zum Primaner. Lehrer und Werkmeister nahmen freudiges Interesse an der Entwicklung und praktischen Betätigung derer, die sie als Kinder beobachtet und unterwiesen hatten, und empfingen manchen lehrreichen Fingerzeig für Unterricht und Anleitung. Für sie und erst recht für Leiter und Arzt ergaben sich aus der Beobachtung der Erwachsenen wertvolle Gesichtspunkte, um die künftige Entwicklung der Kleinen besser vorhersehen und beeinflussen zu können. Wenn also manche der ursprünglich und satzungsgemäß nur für Jugendliche eingerichteten Wohltätigkeitsanstalten nach und nach dazu übergingen, auch Erwachsene zu verpflegen, so ist daraus der Vorwurf der


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inkonsequenz nicht gerechtfertigt, vielmehr nur das natürliche einer derartigen Erweiterung und Angliederung erkenntlich, die noch eine Reihe weiterer und wesentlicher Vorzüge aufweist.

Erfahrene Psychiater haben von vornherein einer planmäßigen Kombination der Einrichtungen für heilbare und unheilbare Epileptiker, Schwachsinnige und Psychopathen jugendlichen Alters mit solchen für erwachsene Geisteskranke warm das Wort geredet. Ich führe nur den leider so früh verstorbenen Kollegen *Wildermuth* an, der gewiß auch außerhalb des Kreises der Psychiater als Autorität auf dem Gebiete der Epileptiker- und Idiotenfürsorge anerkannt wird. *Wildermuth* hat in einem, den Landtagsverhandlungen der Provinz Sachsen im Jahre 1892 beigegebenen sehr ausführlichen Gutachten, das eine Bekanntgabe in der psychiatrischen Fachliteratur verdient hätte und noch verdient, ganz ausdrücklich eine derartige Kombination empfohlen. Ich bin seit 15 Jahren mit der Leitung der in Anlehnung an das *Wildermuth*sche Gutachten erbauten Anstalt Uchtspringe, um deren Ausbau und Organisation der frühere Dezernent des rheinischen Irrenwesens, Herr Geheimrat *Vorster* in Düsseldorf, sich sehr verdient gemacht hat, betraut und kann die praktische Bewährung einer solchen Kombination aus langer Erfahrung nur vollauf bestätigen. Allerdings bin ich noch weiter wie *Wildermuth* gegangen, habe erreicht, daß die Anstalt statt der ursprünglich geplanten Bezeichnung „Epileptiker- und Blöden-Anstalt" als Landes-Heil- und Pflege-Anstalt benannt und auch zur Aufnahme aller Formen geistiger Störung, namentlich auch akuter Geisteskranken, bestimmt wurde. Da auch die Angliederung einer Poliklinik für Krampfleidende und Nervenkranke und neuerdings einer Fürsorgestelle sowie eines Kurhauses für Alkoholkranke gestattet wurde, so verfügen die Uchtspringer Anstaltsärzte über ein sehr mannigfaltiges Krankenmaterial, welches dem gesamten Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten entstammt und enge Fühlung mit der allgemeinen und namentlich der inneren Medizin vermittelt.

Die Ermöglichung einer vielseitigen Ausbildung ist für die Gewinnung und Erhaltung

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

eines tüchtigen psychiatrischen Nachwuchses kaum minder wertvoll wie die von unserem Verein so energisch und anscheinend erfolgreich angebahnte Hebung der wirtschaftlichen und sozialen Stellung. Schon aus diesem Gesichtspunkt müssen wir Psychiater darauf hinwirken, daß dem mehrerwähnten rückschrittlichen Ergänzungserlaß, der uns die Beobachtung und Behandlung der jugendlichen Epileptiker und Idioten und damit so ziemlich überhaupt der jugendlichen Kranksinnigen vorenthält, bald ein ehrenvolles Begräbnis zuteil wird, daß auch in den übrigen deutschen Bundesstaaten weit mehr als bisher die eigenen öffentlichen Anstalten mit der Pflege und Behandlung der Jugendlichen betraut werden. Das kann ohne Schwierigkeit dadurch bewirkt werden, daß einer neu zu erbauenden oder schon bestehenden Anstalt für Erwachsene in nicht zu weitem räumlichen Abstand eine aus den entsprechenden Bauten zusammengesetzte Kinderabteilung angegliedert und unter der gleichen Oberleitung einem für diese Sonderaufgabe vorgebildeten und geeigneten Oberarzt, dem große Selbständigkeit einzuräumen ist, unterstellt wird. Die Kinderabteilung als solche und die mit ihr gemeinsam geleitete Hauptanstalt darf im Interesse einer möglichst individuellen Behandlung nicht zu umfangreich sein. — Uchtspringe beispielsweise ist viel zu groß, die Hälfte seines gegenwärtig etwa 1500 Kranke zählenden Bestandes wäre gerade genug. Die Kinderabteilung könnte — bei gehöriger Trennung der Knaben und Mädchen — etwa bestehen aus je einem

Aufnahmehaus	mit	rund	20	Betten,	einige kleine Zimmer nicht eingerechnet —
Bewahrungshaus	„	„	25	„	für Störende u. Unruhige.
Pflegehaus	„	„	25	„	für Gebrechliche und Sieche.
Infektionshaus	„	„	20	„	(einschl. Tuberkulose-abteilung),
Kurhaus	„	„	50	„	


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

würde also pro Geschlecht rund 140 Betten umfassen, von denen etwa 30 mit Erwachsenen zu besetzen wären. Rechnet man noch hinzu, daß bei den Anstaltspflegern insgesamt etwa 30 schulbesuchende Kinder Unterkunft in Familienpflege fänden, so würde die Kinderabteilung etwa 250 Kinder umfassen, was einem Drittel der Gesamtanstalt entspräche.

Außer den erforderlichen Schul- und Werkräumen, einer Turnhalle mit angefügtem medico-mechanischen Institut einfachster Art halte ich die Einrichtung einer besonderen Kochküche und einer Handwäscherei, sowie einer einfachen Gärtnerei für die Kinderabteilung erwünscht. Für Kinder soll anders gekocht werden wie für Erwachsene, und die 3 genannten Sonderwirtschaftsbetriebe sind zur Fortbildung und Beschäftigung der Kinder sehr wertvoll. Soweit eine Trennung nach Krankheitsformen und Krankheitsschwere nötig erscheint, läßt sich eine solche durch Verteilung auf verschiedene Abteilungen bequem erreichen. In der Hauptanstalt ist je ein Gebäude mit etwa 40—50 Plätzen als Durchgangshaus für die etwa zur Hälfte mit älteren Leuten zu mischenden Halbwüchsigen einzurichten, das ebenfalls von den Ärzten der Kinderabteilung zu besuchen und zu besorgen ist. So gern und nutzbringend sich die Kollegen dem Dienst auf der Kinderabteilung widmen, habe ich doch noch keinen kennen gelernt, der längere Zeit ausschließlich psychopathische Kinder behandeln möchte. Auch für das Pflegepersonal empfiehlt sich ein zeitweiliger Wechsel zwischen Hauptanstalt und Kinderabteilung, für welch' letztere sich überdies manche sonst sehr brauchbare Pflegepersonen gar nicht eignen. Die hart an Ungezogenheiten grenzenden Krankheitsäußerungen mancher Kinder werden von dem Pflegepersonal, das auch im Umgang mit erwachsenen Geisteskranken erfahren ist, viel leichter als solche erkannt. Die Neigung zu disziplinieren tritt in der einer Erwachsenenanstalt angegliederten Kinderabteilung weit weniger zutage als in einer Jugendanstalt. Nach der Richtung ist auch für die Lehrpersonen die gleichzeitige Bekanntschaft mit erwachsenen Kranksinnigen vorteilhaft und überzeugend. Um die Fort-

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bildung und gesellige Unterhaltung der Erwachsenen machen sich manche Lehrkräfte sehr verdient und gewinnen dadurch erst das rechte Verständnis für die hohen Aufgaben ihres Sonderberufes im Dienste der geistig Abnormen. Dankbar habe ich auch zu gedenken der treuen Mithilfe mancher Lehrpersonen bei Ausbildung und Ausbreitung der Familienpflege, der viele Schwachsinnige nach Beendigung der Schulausbildung überwiesen werden, wo sie manchmal ganz überraschende Fortschritte ihrer praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten aufweisen. Wären die Jugendlichen nicht der Fürsorge berufener Psychiater überwiesen worden, hätten wir in Deutschland nicht den so erfreulichen Aufschwung der Familienpflege zu vermelden.

Mehrfach wurde von mir die Bedeutung der Jugendabteilungen für die psychiatrische Ausbildung gestreift, und ich glaube, diesem Punktz um Schluß noch besondere Beachtung schenken zu müssen.

Es ist für jeden Psychiater, namentlich für den angehenden, lehrreich und nützlich, eine Zeitlang auf einer Abteilung für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Idioten ärztlich zu arbeiten.

Abgesehen davon, daß die Äußerungen einer krankhaft gestörten Geistestätigkeit im jugendlichen Alter nicht unerheblich abweichen von denen in vorgerückteren Jahren, somit eine Kenntnis der jugendlichen Psychosen, Psychoneurosen und Schwachsinnsformen dort bequemer und gründlicher erlernt werden kann, spielen sich die gesunden und kranken Seelenvorgänge des Kindes anschaulicher, durchsichtiger und leichter verständlich ab, so daß die theoretische und praktische Einführung in die Psycho-Analyse auf einer Jugendabteilung leichter fällt. Auch ist nicht zu unterschätzen, daß der Einblick in die unterrichtlichen und erzieherischen Methoden geschulter Lehrpersonen dem Arzt mannigfache Anregung, Belehrung und Förderung auch für den Umgang mit Pflegepersonal und erwachsenen Geisteskranken bringt. Den Hauptnutzen der ärztlichen Tätigkeit auf einer Jugendabteilung erblicke ich — in Übereinstimmung mit meinen langjährigen Mitarbeitern — für den Psychiater darin, daß dort der Anschluß mit der allgemeinen, mit der somatischen

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Medizin gewahrt und gefestigt wird. Die im Laufe der Jahre infolge der stetigen Neuaufnahmen immer wieder vorkommenden akuten Infektionskrankheiten, Gelenkrheumatismus mit Chorea, Masern, Scharlach, Röteln, Morbus quartus, Varizellen, Mumps, Diphtherie usw. halten den Arzt in reger Fühlung mit der inneren Medizin, ihren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die gar nicht selten im Verlauf und im Anschluß an diese Infektionskrankheiten unverkennbar vorübergehend oder nachhaltig einsetzende Änderung des psychischen Befindens, der Anfälle usw. im Sinne einer Besserung oder Verschlechterung zeigt ihm, wie bakterielle Erkrankungen und durch sie im Körper gezeitigte Stoffvorgänge das Nervengewebe und die feineren Lebensäußerungen des Nervensystems zu beeinflussen vermögen. Durch die eigene Beobachtung und Behandlung der genannten akuten Infektionskrankheiten wird der Psychiater angeregt, deren unverkennbare kausale Bedeutung für die Entstehung vieler nervösen und psychischen Erscheinungen und Erkrankungen zu würdigen, sich mit den theoretischen und praktischen Errungenschaften und Fortschritten der Bakteriologie vertraut zu machen und daraus wertvolle prophylaktische und therapeutische Gesichtspunkte abzuleiten. Auch chronische körperliche Erkrankungen infektiöser und nicht infektiöser Art beobachtet der Psychiater bei seinen jugendlichen Pfleglingen weit öfter und eingehender als bei den Erwachsenen, wird zu deren Studium und Behandlung angeregt und für seine therapeutischen Bemühungen nicht nur durch körperliches Gedeihen seiner Schützlinge reichlich gelohnt, sondern nicht ganz selten auch durch deren erstaunliches geistiges Aufleben. Hier sind besonders zu erwähnen Tuberkulose und Skrophulose, ererbte Syphilis, Rachitis und namentlich Magen-Darmstörungen. Überhaupt bietet gerade eine Abteilung geistig abnormer und krampfleidender Kinder für den Arzt, welcher den physiologischen und pathologischen Ernährungs- und Stoffwechselvorgängen und ihren Beziehungen zum Aufbau und Betrieb des Nervensystems Interesse und Verständnis entgegenbringt und es an der nötigen chemisch-technischen Vorbildung und Betätigung nicht fehlen läßt, eine wahre Fundgrube theoretisch und praktisch interessanter und lohnender Arbeit. Aller-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dings gilt hier wie kaum anders der Spruch „Nur dem Ernst, den keine Mühe bleichet, quillt der Wahrheit tiefversteckter Born."

In der verhältnismäßig kurzen Spanne Zeit, während welcher wir in Deutschland eine, freilich erst geringe, Anzahl ärztlich hinreichend versorgter Abteilungen für geistig abnorme und epileptische Jugendliche besitzen, haben die ätiologischen und therapeutischen Anschauungen auch auf diesem vordem so dunkeln und unfruchtbaren Gebiete einen recht bemerkenswerten und ermutigenden Umschwung erlitten. Erst ihnen verdanken wir beispielsweise die zunehmende Erkenntnis, daß eine geordnete Säuglings- und Kleinkinderfürsorge nicht unwesentlich dazu beitragen kann, die Zahl der Idioten, Epileptiker und Psychopathen zu vermindern.

Da vorhin auch die kausale Bedeutung der hereditären Lues für die jugendlichen Geistesabnormitäten gestreift wurde, sei mir an dieser Stelle die gelegentliche Mitteilung einzuschalten gestattet, daß in der Uchtspringer Anstalt von einem Assistenten des Kgl. Instituts für Infektionskrankheiten planmäßig vorgenommene serologische Untersuchungen bei ca. 9% der jugendlichen Idioten positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion ergeben haben. Wenn auch nicht bezweifelt werden soll, daß syphilitische Prozesse und geistige Abnormitäten unabhängig von einander im gleichen Organismus sich abspielen können, muß jedenfalls die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhangs wenigstens für einen größeren Teil der Fälle zugegeben werden. Damit ist auch der Therapie ein Weg gewiesen. Wie die Syphilis im Körper schlummern und schleichend ihre verheerende Wirkung auf das jugendliche Gehirn und seine geistige Entfaltung ausüben kann, so bleiben wahrscheinlich auch nach akuten Infektionskrankheiten der Kinder manchmal im Blute und in den Gnweben schädliche Mikroorganismen jahrelang lebensfähig erhalten. Aufgabe der Serodiagnostik wird es sein, deren Fortbestehen und Weiterwirken aufzudecken und eine rationelle Therapie zu inaugurieren. Bei versteckter Tuberkulose jugendlicher Idioten und Epileptiker haben wir in Uchtspringe durch Tuberkulinbehandlung usw. manche überraschenden Erfolge nicht nur in bezug auf das körperliche Befinden gesehen. Aus meinen Darlegungen glaube ich die Schlüsse ableiten zu dürfen:


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die vielfach vertretene, auch aus der ministeriellen Ergänzungs-Anweisung vom 20. April 1896 ersichtliche Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 anstaltspflegeberechtigte jugendliche Epileptiker und Idioten weniger der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge benötigten als Erwachsene, ist unzutreffend. Gerade die jugendlichen Kranken der genannten Art sind in besonderem Maße genauer psychiatrischer Untersuchung und Behandlung zugängig und bedürftig.

2. Eine Sonderung der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit oder nach Krankheitsformen in verschiedenen Anstalten ist unzweckmäßig und undurchführbar.

3. Die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt verdient den Vorzug vor Sonderanstalten für jugendliche Kranke der genannten Art.

4. Für viele jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und namentlich Idioten ist die Ergänzung der Anstalt durch eine psychiatrisch organisierte Familienpflege besonders segensreich.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken.

Anhang: Über Vorkommen und Entstehungsweise des Othämatoms.

Von

Rudolf Ganter, Arzt in Wormditt (Ostpr.).

Die vorliegende Arbeit fußt auf den Befunden von 1017 Sektionen (513 M. 504 Fr.), die in dem Zeitraum von 1880—1904 in der Lothr. Bezirksirrenanstalt zu Saargemünd gemacht worden waren. Nach der klinischen Seite handelte es sich um folgende Krankheitsgruppen:

Progr. Paralyse 299 (224 M. 75 F.)	Dementia praecox 233 (98 M. 135 F.)	Präsenile Störungen 77 (18 M. 59 F.)
Dementia senilis 204 (75 M. 129 F.)	Imbezillität 50 (20 M. 30 F.)	Epilepsie 87 (48 M. 39 F.)
Period. Irresein 20 (2 M. 18 F.)	Traumatisches Irresein 15 (13 M. 2 F.)	Alkoh. Störungen 11 M.
Puerper. Störungen 12 F.	Tumor, Fieberdel. usw. 9 (4 M. 5 F.)	

Für unsere Zwecke kommen vor allem die ersten 6 Krankheitsformen in Betracht, während die übrigen wegen der geringen Zahl der Fälle nicht überall, oder nur summarisch berücksichtigt werden können.

Die Diagnose mußte teilweise neueren Anschauungen angepaßt werden. Nur vereinzelte Fälle machten Schwierigkeiten. Sie können aber das Gesamtresultat nicht beeinträchtigen. Die „puerperalen Störungen" haben wir zusammengefaßt, weil wir sie nirgends recht einzureihen vermochten.

Bei den eigenen Sektionen sowohl, wie beim Studium der Sektionsprotokolle anderer fühlt man lebhaft den Mangel eines speziell pathologisch-anatomisch ausgebildeten Arztes. Dem könnte leicht durch Abkommandierungen älterer Anstaltsärzte abgeholfen werden, die

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

dann bei den Sektionen den sachverständigen Beirat abzugeben hätten. Die Anstellung eines Prosektors empfiehlt sich nicht. Jeder Anstaltsarzt soll sezieren. Ich denke, die Einseitigkeit ist so wie so schon groß genug. Ebensowenig empfiehlt sich ein Zentralinstitut zur Untersuchung von Präparaten. Das hieße der eigenen Bequemlichkeit zu großen Vorschub leisten.

I. Gesamtzahl der an Tuberkulose Gestorbenen:
202 (79 M. 123 Fr.) = 19,8%.

	M.	Fr.	S.
Progr. Paralyse	16	6	22 = 7,3%
Dem. präcox	38	67	105 = 45,0%
Präsenile Störungen	1	12	13 = 16,9%
Dem. senilis	3	14	17 = 8,3%
Imbecillität	5	9	14 = 28,0%
Epilepsie	11	8	19 = 21,8%
Period. Irresein	1	3	4
Traum. Irresein	1	—	1
Alkoholismus	3	—	3
Puerperales Irresein	—	3	3
Blöds. nach Mening. tub. ...	—	1	1

Was die Tuberkulosesterblichkeit betrifft, so nimmt die Anstalt mit ihren 19,8% ungefähr eine Mittelstellung unter den Anstalten ein, wie dies die folgende Tabelle zeigen soll:

Autor	Anstalt	Zeitraum	% der an Tuberk. Gest.
Ganter	Saargemünd	1880—1904	19,8 (15,4 M. 24,4 Fr.)
Geist	Zschadraß	1894—1903	10,5 7,4 „ 13,6 „)
Osswald	Hofheim	1877—1891	25,1 (26,1 „ 23,9 „)
„	Heppenheim	„	22,4 (16,9 „ 28,2 „)
„	Gießen	1896—1906	6,5 (6,2 „ 7,1 „)
Zinn	Eberswalde	1877—1892	15,6 (10,5 „ 24,8 „)
Heimann	Die preuß. Irrenanstalten	1876—1897	16,6 (14,4 „ 20,4 „)

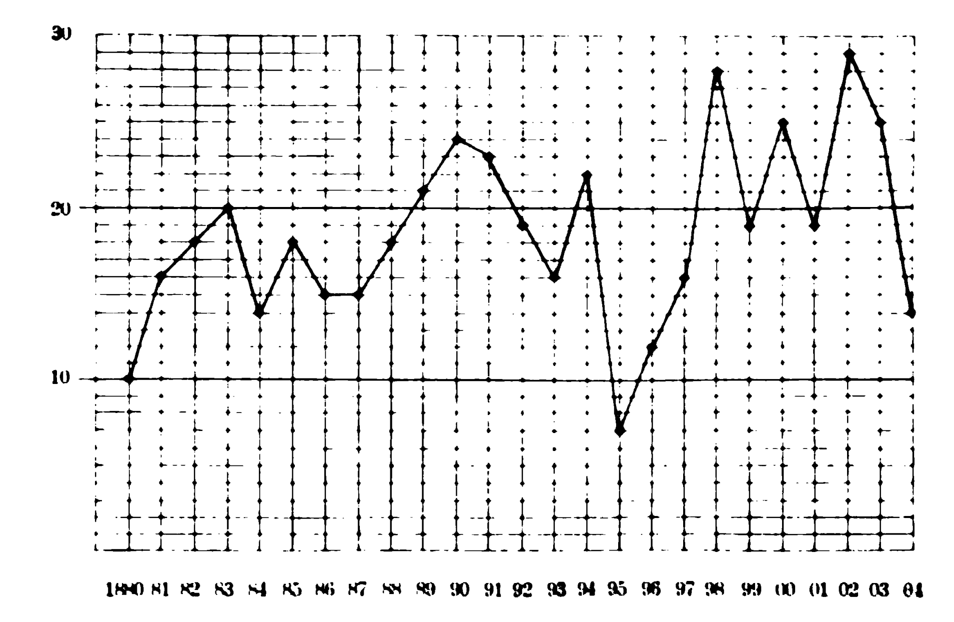
Zweierlei fällt in dieser Tabelle auf: Die überwiegende Beteiligung der Frauen an der Tuberkulosesterblichkeit und die großen Schwankungen des Prozentsatzes in den verschiedenen Anstalten. Man mag den geringen Prozentsatz auf hygienisch besser eingerichtete Anstalten zurückführen, man mag daran denken, daß die einen Anstalten mehr Heil-, die anderen mehr Pflegeanstalten sind: Vollständig lassen sich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

damit die Schwankungen nicht erklären. Denn die Schwankungen des Prozentsatzes der Tuberkulosesterblichkeit sind innerhalb derselben Anstalt in den einzelnen Jahren mindestens ebenso groß wie beim Vergleich des Prozentsatzes verschiedener Anstalten. Wir haben für Saargemünd eine derartige Berechnung aufgestellt:

Jahre	Zahl der Gest.	Zahl der an Tub. Gest.	Jahre	Zahl der Gest.	Zahl der an Tub. Gest.
1880	10	1 = 10,0 %	1893	54	9 = 16,6 %
1881	24	4 = 16,6 „	1894	35	8 = 22,8 „
1882	22	4 = 18,1 „	1895	51	4 = 7,8 „
1883	40	8 = 20,0 „	1896	47	6 = 12,7 „
1884	21	3 = 14,2 „	1897	30	5 = 16,6 „
1885	33	6 = 18,1 „	1898	60	17 = 28,3 „
1886	46	7 = 15,2 „	1899	31	6 = 19,3 „
1887	38	6 = 15,7 „	1900	51	13 = 25,4 „
1888	53	10 = 18,8 „	1901	47	9 = 19,1 „
1889	52	11 = 21,1 „	1902	47	14 = 29,7 „
1890	37	9 = 24,3 „	1903	67	17 = 25,3 „
1891	39	9 = 23,0 „	1904	41	6 = 14,6 „
1892	41	8 = 19,5 „			

Tragen wir zur besseren Veranschaulichung die Prozentsätze auf einer Kurve auf:



Den niedrigsten Prozentsatz zeigt das Jahr 1895 mit 7 %, den höchsten das Jahr 1902 mit 29 %: Ein gewaltiger Unterschied. Zu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ähnlichen Resultaten ist man auch anderswo gelangt. So finden sich im Jahresbericht für 1906 der Württemberger Anstalten ebensolche große Schwankungen, sowohl in den verschiedenen Anstalten, als auch in jeder einzelnen Anstalt:

	1906	1905	1904	1903	1902	1901
Weißenau:.........	28,6 %	43,5 %	13,3 %	15,0 %	28,0 %	42,0 %
Zwiefalten	22,2 „	16,1 „	8,3 „	15,7 „	26,7 „	30,0 „
Schussenried	18,8 „	28,6 „	25,8 „	37,5 „	26,1 „	19,0 „
Winnental	20.0 „	16,1 „	8,3 „	11,1 „	6,0 „	10,0 „
Weinsberg	40,1 „	22,6 „	—	—	—	—

Wenn man lediglich die Anstalten selbst für den hohen Prozentsatz der Tuberkulosesterblichkeit verantwortlich machen wollte, so wären damit, wie schon bemerkt, die großen Schwankungen des Prozentsatzes in derselben Anstalt nicht erklärt. Hier könnte man vielleicht noch geltend machen, daß der zeitweise hohe Prozentsatz sich durch das schubweise Auftreten der Tuberkulosesterblichkeit erkläre. Man müßte dann auch wieder eine schubweise Infektion annehmen. Daß diese in der Anstalt selbst gelegen wäre, ist doch wenig wahrscheinlich, und so bleibt nichts anderes übrig, als die Ursache in der Aufnahme bereits tuberkulöser Geisteskranker zu suchen. Das ist schon hin und wieder behauptet worden, auch der Württemberger Jahresbericht weist auf diesen Punkt hin. Die Entscheidung indessen muß die Dauer des Anstaltsaufenthaltes bringen. Was unsere Berechnungen betrifft, so hatte der Anstaltsaufenthalt von 187 an Tuberkulose Gestorbenen bei 79 unter 3 Jahren und bei 108 über 3 Jahre betragen. Wenn man die Dauer der Tuberkulose zu etwa 3 Jahren annimmt, und die Fälle, die 4 und 5 Jahre in der Anstalt waren, als strittig außer Betracht läßt, so können wir sicher behaupten, daß die Hälfte der Fälle die Tuberkulose in die Anstalt mitgebracht, die andere Hälfte sie in der Anstalt selbst erworben hatte. Zum selben Resultate gelangte *Geist*, nach *Osswald* hat nur ein Drittel die Tuberkulose mitgebracht. Der Zuzug der einen Hälfte von außen erklärt es wohl auch, daß der Prozentsatz der Tuberkulosemortalität zeitweise so hoch anschwillt. Wenn demnach die Anstalten auch die Hälfte der Verantwortung von sich abwälzen können, so dürfen sie doch nicht einen Augenblick mit der Verbesserung ihrer hygienischen Einrichtungen ruhen, denn die von außen zu-

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strömende Infektionsquelle ist eine beständige Gefahr für die Anstalten[1]).

Was nun den Anteil betrifft, den die einzelnen psychischen Krankheitsformen an der Tuberkulosesterblichkeit nehmen, so steht die Dem. praecox obenan: 45% der an Dem. praec. Leidenden waren der Tuberkulose erlegen. Daran schließen sich in absteigender Linie die Imbezillität (28%), Epilepsie (21,8%), präs. Stör. (16,9%), Dem. senilis (8,3%), progr. Paralyse (7,3%). Warum gerade die Dem. praec. soviele Tuberkulöse stellt, dürfte im Wesen der Krankheit selbst liegen. Einmal ist sie überhaupt die häufigste psychische Erkrankungsform, dann hat gerade sie die meisten Verblödungsformen im Gefolge, und, was das Ausschlaggebende ist, die verblödeten Kranken vegetieren oft verhältnismäßig lange, Jahre hindurch, sei's zu Hause, sei's in der Anstalt, und bieten so dem Tuberkelbazillus Zeit und Gelegenheit sich anzusiedeln. Auch andere Autoren heben die hohe Sterblichkeit der Dementen an Tuberkulose hervor, *Osswald* berechnet 92,6%, *Snell* rückt die Dementen an die erste Stelle. Wenn aber *Hagen* und *Snell* aus ihrer Statistik auch den Schluß ziehen zu dürfen glaubten, daß die Geisteskrankheit das Primäre, die Lungenschwindsucht das Sekundäre sei, so gilt das wohl für die in der Anstalt erworbene Tuberkulose, braucht es aber nicht für die von außen mitgebrachte Tuberkulose.

An zweiter Stelle folgt die Imbezillität. Sie wird an sich selbst kaum eine größere Neigung zur Tuberkulose zeigen, es sei denn, daß diese schon draußen irgendwie erworben wurde, oder daß sie zum Anstaltsblödsinn führte, oder daß mehr oder weniger Idiotie mit unterläuft. Gerade für die Idiotie hat *Wulff* eine hohe Sterblichkeit gefunden: 40%. Es handelt sich allerdings um reine Idiotenanstalten, und *Wulff* schiebt die Schuld auf die mangelhafte ärztliche Beaufsichtigung dieser Kranken. Leider ist es damit bis heute noch nicht besser geworden.

Die Epilepsie steht etwas günstiger als die Imbezillität. Dem Epileptiker drohen mehr die Gefahren des Status.

[1]) Die größte Schwierigkeit macht bekanntlich die Diagnose der beginnenden Tuberkulose bei Geisteskranken. Aber neuerdings sind einfache und bequeme Methoden angegeben worden, um bei auf Tuberkulose Verdächtigen die richtige Diagnose stellen zu können: die Kutanreaktion nach *v. Pirquet* und die Salbenreaktion nach *Moro*. Diese Methoden ließen sich eventuell auch bei den neu Aufgenommenen anwenden.

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mit dem Alter nimmt die Empfänglichkeit für Tuberkulose ab. Die präsenilen Störungen weisen noch 16,9%, die Dem. senilis nur noch 8,3% Todesfälle an Tuberkulose auf.

Am günstigsten kommt die Paralyse mit 7,3% weg. *Brehm* berechnet 6,3%, *Heilbronner* allerdings 18,3%. Wir können aber der Ansicht *Heilbronners*, daß die Paralyse zur Tuberkulose disponiere, nicht beistimmen. Wir können das mit mehr Recht von der Dem. praec. sagen. Die Paralyse trifft zumeist im kräftigsten Alter stehende Männer. Sie führt zwar rasch zur Verblödung, allein die Paralytiker haben keine Zeit mehr, die Tuberkulose zu erwerben, weil sie vorher sterben.

Um in die Form und Schwere des Auftretens der Tuberkulose einen Einblick zu erhalten, haben wir untersucht, welche Organe vornehmlich und wieviele von der Tuberkulose befallen worden waren. Darnach war in 75 Fällen = 37,1% (28 M. 47 Fr.) nur ein Organ befallen, und zwar vorwiegend die Lunge: Lungentuberkulose 69 (27 M. 42 Fr.), Knochentub. 3 (1 M. 2 Fr.), Bauchfelltub. 2 (— 2 Fr.), Darmtub. 1 (—1 Fr.). Zwei Organe waren erkrankt in 94 Fällen = 46,5% (36 M. 58 Fr.). Hier herrschte bei weitem die Lungendarmtuberkulose vor: Lungendarmtub. 77 (28 M. 49Fr.), Lungenknochentub. 7 (3 M. 4 Fr.), Lungennierentub. 4 (3 M. 1 Fr.), Lungenbauchfelltub. 2 (1 M. 1 Fr.), Lungenhirnhauttub. 1 (— 1 Fr.), Drüsenlungentub. 1 (—1 Fr.), Drüsendarmtub. 1 (1 M. —), Drüsenhirnhauttub. 1 (—1 Fr.). Drei Organe waren ergriffen in 19 Fällen = 9,4%: Lungendarmbauchfelltub. 8 (1 M. 7 Fr.), Lungendarmknochentub. 3 (2 M. 1 Fr.), Lungenbauchfellblasentub. 1 (— 1 Fr.), Lungendarmhirnhauttub. 1 (1 M. —), Lungennierenhirnhauttub. 1 (— 1 Fr.), Knochendrüsenlungentub. 1 (— 1 Fr.), Drüsenlungennierentub. 1 (1 M. —), Drüsenlungendarmtub. 3 (2 M. 1 Fr.). Um allgemeine Tuberkulose handelte es sich in 13 Fällen = 6,4% (7 M. 6 Fr.). Von den seltener von dem tuberkulösen Prozeß ergriffenen Organen mögen erwähnt werden der Kehlkopf (4 mal), die Iris (1 mal), die Perikardialblätter (9 mal), die Tuben (1 mal). In 4 Fällen fanden sich außerdem dysenterische Erscheinungen im Dickdarm. In 5 Fällen fand sich Tuberkulose als Nebenbefund (4 mal beginnende Lungentub. und 1 mal Knochentub.) bei Kranken, die an anderen Krankheiten gestorben waren. In einem weitern Fall bestand Lupus des Gesichts und der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

linken Hand. Bei einem an allg. Tuberkulose gestorbenen Mann war an der Spitze des rechten Ventrikels eine erbsengroße Ruptur zu sehen.

Bisweilen weisen verkäste, mit Bindegewebe umgebene Knötchen oder verkalkte Herde auf eine Ausheilung der Tuberkulose hin. *Kaes* fand sie unter 830 Sektionen (v. Paralyse) 126 mal = 15,2%. Wir berechneten 41 Fälle = 4%.

Es wäre noch die Frage zu erörtern, von wo die Tuberkulose ausging. Es ist wohl klar, daß sie sich in den meisten Fällen von den Lungen aus verbreitet. Aber auch Drüsen und Knochen kämen als Ausgangsorte in Betracht. Die Sektionsprotokolle lassen einen hierüber meist im Zweifel.

Soviel dürfte aus den letzten Darlegungen hervorgehen, daß die Tuberkulose zumeist in schwerer Form auftritt und zu mannigfaltigen Zerstörungen der Organe führt, ein Beweis mehr, daß die Kranken über wenig Widerstandskraft verfügen.

II. Gesamtzahl der an sonstigen Lungenkrankheiten Gestorbenen:
249 (131 M. 118 Fr.) = 24,4%.

	an Pneumonie: 233 (121 M. 112 Fr.)			an Pleuritis (u. Perikard.): 16 (10 M. 6 Fr.).		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Progr. Par.	59	17	76 = 25,4%	4	—	4 = 1,3%
Dem. pr.	13	20	33 = 14,1 ,,	3	1	4 = 1,7 ,,
Präs. St.	2	11	13 = 16,8 ,,	—	3	3 = 3,8 ,,
Dem. sen.	33	43	76 = 37,2 ,,	2	2	4 = 1,9 ,,
Imbez.	4	4	8 = 16,0 ,,	1	—	1
Epil.	6	8	14 = 16,0 ,,			
Period. Irresein ..	—	6	6 = 30,0 ,,			
Alkohol.	3	—	3 = 27,3 ,,			
Puerper. Irresein..	—	3	3 = 25,0 ,,			
Fieberdel.	1	—	1			

Die an Lungenkrankheiten Gestorbenen, wobei es sich in der Hauptsache um Pneumonie handelt, weisen verhältnismäßig den höchsten Prozentsatz auf: 24,4%. Nach *Heimann* starben in den preußischen Irrenanstalten in dem bewußten Zeitraum 20,3% an Lungen- und Brustfellentzündungen. Was die Beteiligung der einzelnen Krankheitsformen betrifft, so ist in unsern Fällen der Prozentsatz am


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höchsten bei der Dem. sen. (37,2%), dann folgt die progr. Paralyse (25,4%). Die Dem. praecox, die präsenilen Störungen, die Imbez. und Epilepsie stehen ungefähr auf gleicher Stufe (14—16 %). Einige Krankheitsformen kommen wegen der geringen Zahl nicht in Betracht.

Aus der Literatur liegen nur Berechnungen für die progr. Paralyse vor: Nach *Kaes* starben 32,5% der Paralytischen an fibrinöser Pneumonie, auffallend gering ist die Zahl bei *Heilbronner* (7,2%) und *Brehm* (8,3%).

Wenn von manchen Seiten auf die Häufigkeit der Pneumonie bei der progr. Paralyse hingewiesen wird, so scheint dies doch nicht allgemein zu gelten. Selbst in unsern Fällen, wo doch der Prozentsatz ziemlich hoch ist, wird er noch von dem der Dem. sen. übertroffen.

Über die Arten der Pneumonien soll folg. Tabelle Auskunft geben:

	M.	Fr.	S. %		M.	Fr.	.S
Katarrhal. Pneumonie ...	61	59	120 = 56,8	Emphysem	3	—	3
Krupöse „	32	33	65 = 30,8	Bronchitis	4	8	12
Hypostatische „	1	4	5 = 2,3				
Schluckpneumonie	11	1	12 = 5,6				
Lungengangrän	2	7	9 = 4,2				
	107	104	211				

Über die Hälfte der Pneumonien bildet die katarrhalische Form. Die hypostatische Pneumonie kommt mehr als Nebenbefund vor. Sie findet sich häufig bei der progr. Paralyse. Fast ausschließlich der progr. Paralyse angehörend ist die Schluckpneumonie und die Lungengangrän. Über die beiden letzteren machen auch *Heilbronner* und *Kaes* Angaben.

Zu erwähnen wäre noch, daß die katarrhalische Pneumonie in 35 Fällen (21 M. 14 Fr.), die krupöse in 8 Fällen (6 M. 2 Fr.) mit Pleuritis exs. kompliziert waren.

Was den Sitz der krupösen Pneumonie anlangt, so saß sie in 35 Fällen rechts, in 22 links, in 7 beiderseits. Ein ähnliches Resultat erhielt *Kaes*. Über die Beteiligung der einzelnen Lappen orientiert folg. kleine Tabelle:

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

	rechts	links
Oberlappen	21	15
Mittellappen	23	—
Unterlappen	27	22

Der Häufigkeit nach kommt also zuerst der r. Unterlappen, dann der Mittellappen, der l. Unterlappen, der r. Oberlappen und zuletzt der l. Oberlappen. Der Mittellappen ist deshalb so häufig erkrankt, weil er meist in den Erkrankungsprozeß der Ober- und Unterlappen einbezogen wird.

Katarrhalische und pleuritische Erscheinungen finden sich öfters als Nebenbefunde, so daß sie also nicht als Todesursache angesehen werden können. Am häufigsten ist dieser Befund bei der progr. Paralyse, nämlich in 105 Fällen, dann kommt ein unvermitteltes Herabsinken auf 28 Fälle bei der Dem. praecox und auf 10 Fälle bei den präsenilen und senilen Geistesstörungen.

III. Von *Heimann* wird angegeben, daß in den preußischen Irrenanstalten 4,6 % an Herzkrankheiten starben. Der von uns gefundene Prozentsatz ist etwas höher (7,7 %), aber wir haben auch die Gefäßkrankheiten mit eingeschlossen.

Unter den 27 Fällen von Klappenfehlern kamen vor: Insuff. und Stenose der Mitralis 12mal, Insuff. der Mitralis 5mal, Insuff. und Stenose der Mitralis und Aortenklappen 5mal, Insuff. der Aortenklappen 3mal, Insuff. und Stenose der Aortenklappen 2mal. Am häufigsten war also die Mitralis ergriffen. Da wo die Aortenklappen in Betracht kamen, handelte es sich um atheromatöse oder Verkalkungs-Prozesse. Die Klappenfehler verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf die verschiedenen psychischen Krankheitsformen.

Die Erkrankungen des Herzmuskels sind nach unserer Statistik sehr selten. Wir haben aber auch die ausgesprochensten Fälle ausgesucht und zwar nur solche, die zum Tode führten. Um eine gute Diagnose der Herzmuskelerkrankungen stellen zu können, ist die mikroskopische Untersuchung unbedingt erforderlich.

In 3 Fällen von Dem. sen. lag eine Herzruptur vor. Die Ursache war in der myokarditischen Entartung infolge Sklerose der Koronararterien zu suchen. Die kleine Perforation lag 2 mal an der Spitze des linken Ventrikels, einmal auf seiner Vorderseite nahe dem Septum.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In 27 Fällen konnte nach unserer Statistik die Arteriosklerose als Todesursache angesehen werden. Abgesehen davon sind atheromatöse und sklerotische Gefäßveränderungen sehr häufig. Bald handelt es sich um geringe fettige Entartungen der Intima des Bulbus aortae, ein sehr gewöhnlicher Befund, bald um Kalkeinlagerungen und Usuren. Das Atherom des Bulbus aortae besteht mitunter für sich allein, mitunter ist es mit Atherom der Koronar- oder Basilar-Arterien, auch mit Verdickungen und Exkreszenzen der Mitralis (sehr selten auch der Trikuspidalis) verbunden. Selten sind die Koronar- oder Basilar-Arterien für sich allein atheromatös. Vielfach zeigen die einzelnen Gefäßbezirke verschiedene Grade der atheromatösen und sklerotischen Veränderung. Es kann z. B. hochgradige Sklerose der Herzgefäße vorhanden sein und nur geringfügige oder gar keine der Hirngefäße. Auch das Umgekehrte kommt vor, aber sehr viel seltener.

III. Gesamtzahl der an Herz- und Gefäßkrankheiten Gestorbenen: 79 (38 M. 41 Fr.) = 7,7 %

	Pr. Par.			Dem. pr.			Präs. St.			Dem. sen.			Imbez.			Epil.			Period. Irres.			Traum. Irres.			Alkoh.			Woch.-Irres.			Gesamtsumme		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	
Klappenfehler	2	1	3	5	6	11	—	3	3	—	2	2	—	2	2	3	1	4	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	11	16	27
Erkr. des Herzmuskels	—	—	—	—	1	1	1	—	1	3	2	5	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	9
Herzruptur	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Sklerose d. Herzgefäße	2	1	3	3	4	7	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	1	1	6	6	12
Arteriosklerose	1	1	2	—	—	—	1	2	3	4	5	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	7	8	15
Aorten- (Herz-) Aneurysma	1	—	1	1	1	2	—	—	—	—	1	1	3	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	5	2	7
Pericarditis	—	—	—	1	1	2	—	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	3	6
	6	3	9	10	13	23	2	7	9	10	12	22	4	3	7	3	1	4	—	1	1	1	—	1	2	—	2	—	1	1	38	41	79
	= 3 %			= 9,8 %			= 11,7 %			=10,7 %			= 14 %			= 4,5 %																	



Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Rechnen wir alle Fälle, von den leichtesten (Verfettungen der Intima) bis zu den schwersten (Bildung von Kalkplatten, Geschwüren, allg. Arteriosklerose), so kommen unter unsern 1017 Fällen 813 mal, d. h. in 79,9% derlei Erkrankungen des Gefäßsystems vor, und zwar verteilen sie sich auf die einzelnen psychischen Krankheitsformen so:

Prog. Paralyse.	Dem. praecox.	Senile Störungen.	Imbez. u. Epilepsie.	Rest
245 = 82 %.	161 = 69,1 %.	258 = 91,9 %.	97 = 70,9 %.	52.

Senile Störungen und progr. Paralyse stehen also hier in erster Linie.

Ähnlich wie *Näcke*[1]) für die progr. Paralyse, berechnen wir für unsere verschiedenen Krankheitsformen die Beteiligung der einzelnen Gefäßbezirke an dem Prozeß und unterscheiden die Atheromatose des Herzens (des Bulbus aortae, der Koronararterien) und die der basilaren Hirngefäße in ihrem gegenseitigen Vorkommen:

	Progr. Paralyse	Dem. praecox.	Sen. Störung.	Imbez. u. Epilepsie	Rest
	%	%	%	%	
Atheromatose des Herzens	168 = 68,5	112 = 69,5	102 = 39,5	76 = 78,3	38
„ d. basil. Hirngef.	7	3	5	2	1
Beides zus. vorkommend	70 = 28,5	46 = 28,5	151 = 58,5	19 = 19,5	13

Nach dieser Zusammenstellung ist also bei der progr. Paralyse und der Dem. praecox die Atheromatose des Herzens für sich doppelt und bei der Imbezillität-Epilepsie sogar 4mal so häufig als die Atheromatose der Herz- und Hirngefäße gemeinsam, nur bei den senilen Störungen ist umgekehrt letztere doppelt so häufig als erstere. Diese sind also wiederum am ungünstigsten gestellt. Die Erkrankungen der Hirngefäße allein sind so selten, wenn sie überhaupt vorkommen, daß sie außer Rechnung bleiben können.

Da atheromatöse Prozesse so außerordentlich häufig sind, daß sie fast keine der psychischen Krankheitsformen in auffallender Weise belasten, wollen wir noch eine weitere Statistik aufstellen, in der nur die schwersten sklerotischen Veränderungen der Aorta und der Koronar-

[1]) *Näcke*, l. c. Seine Resultate für die progr. Paralyse sind: Atheromatose der Aortenbasis und der groben Gehirnarterien in 74,7 %, Atheromatose des Herzens allein in 16,9 %, der Gehirnarterien allein in 13,7 %, beider Bezirke zugleich in 42,2 %. Nach unserer Statistik hingegen ist jeweils, abgesehen von den senilen Störungen, die Atheromatose des Herzens allein am häufigsten.

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

arterien sowie Geschwürsbildungen verwendet werden sollen[1]). Auch soll diesmal nach Männern und Frauen geschieden werden:

Progr. Paralyse		Dem. praecox		Senile Störungen		Imbez. u. Epil.		Rest	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	F.
%	%	%	%	%	%	%	%		
76 =33,9	26 =34,6	11 =11,2	12 =8,8	20 =21,5	27 =14,3	8 =11,7	4 =5,7	8	3

Während bei der Berechnung der leichten und schweren Gefäßerkrankungen die senilen Störungen am ungünstigsten dastanden, rückt jetzt, der Schwere der Gefäßveränderungen nach, die progr. Paralyse an die erste Stelle. Verhältnismäßig gut kommen die Dem. praecox und die Imbezillität-Epilepsie weg[2]). Was nun die schweren Gefäßerkrankungen bei Männern und Frauen betrifft, so kommen sie bei der progr. Paralyse bei beiden Geschlechtern in gleicher Häufigkeit vor, bei den übrigen Formen etwas mehr, bei der Imbezillität-Epilepsie sogar um die Hälfte mehr bei den Männern, was der Antialkoholiker meinetwegen auf Rechnung des Alkohols schieben mag.

Die Häufigkeit der Gefäßerkrankungen bei den senilen Störungen spricht dafür, daß es sich um einen Altersvorgang handelt, während die Schwere der Gefäßerkrankungen bei der progr. Paralyse (und zwar bei M. und Fr. gleich häufig) auf eine in der Paralyse selber gelegene Ursache (Vergiftungsprozeß) hinweist.

Bei den Aneurysmen handelte es sich in 6 Fällen um solche der Aorta ascend. Sie waren von Ei- bis Faustgröße. Eines zeigte eine kleine Perforationsöffnung. Das Herzaneurysma bestand in einer etwa hühnereigroßen dünnwandigen Ausbuchtung an der Spitze des linken Ventrikels (Fall von Dem. sen. mit Arterioskl.).

Pericarditis ist 6 mal als Todesursache angegeben. Als Nebenbefund kam sie häufiger vor: Pericarditis exsud. 5 mal, Pericarditis chron. (strangförmige Verwachsungen) 25 mal. Zeichen einer

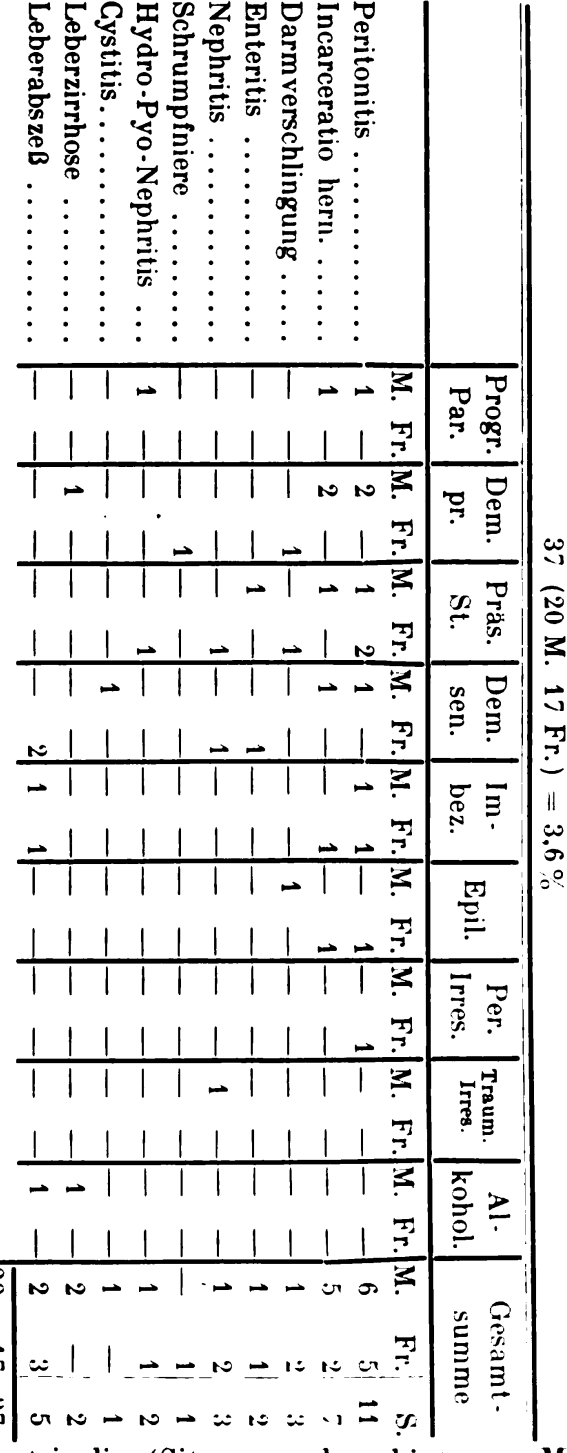
[1]) Geschwürsbildungen im Bulbus und der Aorta asc. kamen im ganzen 36 mal vor, wovon allein 25 mal bei der progr. Paralyse.

[2]) Nach *Weber* (Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie, Jena 1901) sind mehr oder weniger ausgesprochene arteriosklerotische Erkrankungen ein außerordentlich häufiger Befund bei den Sektionen Epileptischer (Wirkung des erhöhten Blutdrucks im Anfall). Unsere Statistik stimmt also nicht zu dieser Angabe.

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ehemaligen Pericarditis, wie sie in den Sehnenflecken gegeben sind, wurden in 196 Fällen gefunden. Was ihr Sitz anbetrifft, so saßen sie „auf dem Herzen" 91 mal, auf dem rechten Ventrikel 64 mal, auf dem linken 14 mal, auf der Herzspitze 5 mal, auf der Vorder- und Hinterfläche des Herzens 18 mal, auf der Hinterfläche 4 mal. Sehr selten fanden sich solche Sehnenflecken auch auf der Milz oder Leber (je 1 mal).



IV. Gesamtzahl der an Erkrankungen der Bauchorgane Gestorbenen: 37 (20 M. 17 Fr.) = 3,6 %

	Progr. Par.		Dem. pr.		Präs. St.		Dem. sen.		Im-bez.		Epil.		Per. Irres.		Traum. Irres.		Al-kohol.		Gesamt-summe		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Peritonitis	1	—	2	—	1	2	1	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	6	5	11
Incarceratio hern.	1	—	2	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	5	2	7
Darmverschlingung	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Enteritis	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Nephritis	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	3
Schrumpfniere	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Hydro-Pyo-Nephritis	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Cystitis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Leberzirrhose	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2
Leberabszeß	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	3	5
																			20	17	37

IV. Der Prozentsatz von 3,6 der an Erkrankungen der Bauchorgane Gestorbenen läßt sich nur cum grano salis mit dem von *Heimann* für die preußischen Irrenanstalten berechneten (2,4%) vergleichen, da bei ihm nur von Erkrankungen der Verdauungsorgane die Rede ist.

Die Peritonitis war bedingt 1 mal durch Perforation eines Ulcus ventriculi (Sitz an der hinteren Magenwand dicht vor dem Pylorus), 2 mal durch Perforation eines Ulcus duodenale, 2 mal durch Perfor. eines Geschwüres in der Gegend der Ileozökalklappe, 1 mal durch eine lineare Perforation im untern Teil des Dünndarmes (Fremd-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

körper?), 1 mal im Anschluß an Operation einer Nabelhernie, je 1 mal durch Perfor. infolge Cholelithiasis und Leberabszessen und infolge Nephrolithiasis und Pyelitis, 1 mal nach Parametritis.

Als Nebenbefund zeigten sich peritonitische Verwachsungen bei 2 im Anfall gestorbenen Paralytikern u. 2 an Pneumonie gestorbenen sen. Dem.

Bei einem im Anfall gestorbenen Paralytiker wies die hintere obere Magenwand einen Riß auf, der anscheinend durch einen Brechakt bewirkt worden war.

In 9 Fällen waren im Magen alte Geschwürsnarben zu sehen In 2 von diesen Fällen hatte der Magen durch die narbigen Einziehungen Sanduhrform erhalten. In einem Fall bestand Magenerweiterung. In 3 Fällen von Lungentuberkulose zeigte auch der Magen tuberkulöse Geschwüre. In einem anderen Fall handelte es sich um ein Ulcus duodenale. In 4 Fällen waren in der Gegend der Ileozökalklappe alte Narben unbekannter Herkunft zu sehen. In 3 Fällen von Paralyse fanden sich im Magen, in der Speise- und Luftröhre Spulwürmer.

Von den 7 Fällen von Incarceratio herniae starben 3 Fälle nach der Operation und 4 ohne Operation. In einem Falle waren nach Reposition Einklemmungserscheinungen aufgetreten. Im Anschluß hieran möchten wir eine kleine Statistik der Hernien überhaupt anreihen. Wir fanden, die obigen Fälle mitgezählt:

Leistenhernien links	15
„ rechts:	12
„ beiderseits	11
Schenkelhernien links:	2
„ rechts:	3
Nabelhernien	5
Netzhernien oberhalb d. Nabels ...	3
Schenkelh, r., Leistenh. l.	1
	52

Das sind 5%. In einer früheren Arbeit aus der Irrenheilanstalt Münster i. W. haben wir 3,2%[1]), und in einer andern aus der Irrenpflegeanstalt Trier 10 % Hernien gefunden[2]). Der Prozentsatz schwankt also sehr nach der Art des Materials.

[1]) Untersuchungen auf Degenerationszeichen bei 251 geisteskranken Männern. Archiv für Psychiatrie Bd. 38, Heft 3.

[2]) Der körperliche Befund bei 345 Geisteskranken. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55.

Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Von manchen werden die Hernien zu den Degenerationszeichen gerechnet. Mag sein, eine angeborene Anlage ist wohl immer vorhanden, aber als Degenerationszeichen sind sie wohl nur dann von Bedeutung, wenn sie mit andern dergleichen Entartungen zusammen vorkommen. Eine große Rolle für ihr Zustandekommen spielt wohl auch die Schwere der Arbeit, denn es kann kaum ein Zufall sein, daß von den 52 Fällen 38 dem männlichen und nur 14 dem weiblichen Geschlechte angehörten.

Hier anschließend mögen noch die Hydrozelen erledigt werden. Sie fanden sich 11 mal (3 mal rechts, 8 mal links) = 0,9%. In Münster haben wir sie seinerzeit nur 2 mal und in Trier nur 1 mal gefunden. In 3 von den Fällen bestanden neben der Hydrozele noch Leistenbrüche (2 mal doppelseitig, 1 mal links). Wenn die Hydrozele angeboren ist, kann sie wohl als Degenerationszeichen betrachtet werden (entstanden durch Offenbleiben des Proc. vagin. bei Retentio testis).

Die 3 Fälle von Darmverschlingung waren bedingt einmal durch Schlingenbildung des Colon asc., einmal durch peritonitische Stränge, die das Colon asc. verengt und gedreht hatten, einmal durch Einstülpung des Colon desc. in die Flexura sigmoides.

Die Todesfälle an Nephritis scheinen nicht häufig zu sein, alles in allem 6 Fälle. Auch *Heilbronner* hat unter 524 Fällen (von Paralytikern) nur 4 Todesfälle an Nephritis. Als Nebenbefund dagegen sind Nierenaffektionen ziemlich häufig. So fand sich 11 mal die Angabe, daß das Nierenbecken erweitert war, davon war 6 mal Steinbildung die Ursache. Sehr häufig kamen Residuen von Entzündungsprozessen vor. So war bemerkt, daß die Nierenkapsel sich nicht ohne Substanzverlust abziehen ließ, in 374 Fällen; daß sich auf der Oberfläche Zysten gebildet hatten, in 207 Fällen. Die Zystenniere fand *Brehm* häufig bei Dementia senilis. Er führt sie auf arteriosklerotische Prozesse zurück. Sonst ist Zystenbildung selten, auf der Leber kam sie nur in 5 Fällen vor.

Die oben erwähnte Erweiterung des Nierenbeckens, die sich vorwiegend bei Paralytikern fand, war wohl, soweit es sich nicht um Steinbildung handelte, eine Folge der Cystitis. Diese zeigte sich sonst in 11 Fällen (7 bei Paralyse und 4 bei Dem. sen.), entstanden durch den Katheterismus.

Was die Todesfälle infolge Leberabszesses betrifft, so waren 2 wahrscheinlich durch Dysenterie bedingt, einer durch Cholelithiasis, bei einem ging die Eiterung anscheinend von der kariösen 4. und 5. Rippe aus, bei einem konnten wir keine Ursache auffinden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschluß hieran möchten wir die Steinbildung besprechen. Es fanden sich Gallensteine in 122 Fällen. Die einzelnen psychischen Krankheitsformen beteiligen sich so ziemlich gleichmäßig daran mit jeweils 8—11%, nur die senilen Störungen mit 20%. Demnach scheint die Gallensteinbildung mit dem Alter häufiger zu werden. Auffallend ist die überwiegende Beteiligung der Frauen: 26 M. 96 Fr. In andern Organen ist die Steinbildung viel seltener. In der Niere fanden sich Steine, abgesehen von den oben erwähnten 6 Fällen, 3 mal, in oder auf der Leber 3 mal, in der Milz 1 mal, in der Bucht der Ileozökalklappe 1 mal, im Unterlappen der rechten Lunge 1 mal.

Zum Schluss möchten wir noch auf einige Veränderungen der Milzkapsel hinweisen, Es zeigte sich die Milzkapsel verdickt in 23 Fällen, sehnig verdickt, schwartig, schwielig in 9 Fällen, mit Knorpelbildung in 53 Fällen, es waren Milz- und Leberkapsel zugleich verdickt in 2 Fällen, es war die Leberkapsel allein verdickt in 4 Fällen (in 2 Fällen davon stellenweise auch knorplig): Summa 91 Fälle. Wie sind diese Veränderungen zu erklären? Die Verdickung der Kapsel kann wohl auf Entzündungsprozesse zurückgeführt werden, die Knorpelbildung in manchen Fällen vielleicht auch. Hier hat aber, glaube ich, die Annahme mehr für sich, daß es sich um angeborene Knorpelbildungen handelt, insofern etwa Knorpelkeime dahin verlagert wurden. Die Knorpelbildungen sind von Linsen- bis Fünfmarkstückgröße und von 1 mm bis 1 cm Dicke. Gegen die Annahme ihrer Entstehung auf entzündlicher Basis spricht das Fehlen sonstiger Entzündungsprozesse. Eigentümlich, daß gerade die Milzkapsel der fast ausschließliche Sitz dieser Knorpelbildungen ist[1]).

V. *Heimann* gibt den Prozentsatz der an Erkrankungen des

---

[1]) Im Anschluß an diese Erkrankungen mögen auch noch drei Geburten erwähnt werden: zwei bei paralytischen Frauen und eine bei einer an Melancholie leidenden Frau. Die eine Paralytische, 32 Jahre alt, hatte schon sechs Totgeburten hinter sich. Seit drei Jahren bestand Verstimmung, bei der Aufnahme Verblödung. Sie war im 7. Monate schwanger. Viele paralytische Anfälle, in der Agone Sectio caesarea, Kind tot. Die andere Paralytische war 43 Jahre alt. Zwei Jahre vor der Aufnahme verändert. In der Anstalt Geburt eines schwächlichen Knaben, der bald starb. Im dritten Fall, 42 Jahre alt, stellte sich während der Schwangerschaft ein Depressionszustand ein. In der Anstalt Eklampsie, manuelle Entwicklung eines lebenden Kindes.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehirns und der Gehirnhäute Gestorbenen auf 17,4% an, eine Zahl, die etwas größer ist als die unserige: 16,4%. Er rechnet aber die an paralytischen und epileptischen Anfällen Gestorbenen nicht mit. Machen wir es auch so, so erhalten wir nur einen Prozentsatz von 5,3%. Es herrscht eben wohl eine gewisse Willkür darin, ob man die Todesursache im Gehirn oder in den andern meist ja auch erhebliche Veränderungen zeigenden Organen, besonders in Herz und Lunge, suchen soll.

Was zunächst die Apoplexie betrifft, so beruhte sie 6 mal auf einer arteriosklerotischen Degeneration der linken Arteria fossae Sylvii und 4 mal auf einer solchen der rechten. Einmal wird von einer Ruptur einer der Art. corp. call. berichtet, einmal von einer Apoplexie im Kleinhirn. In 3 Fällen handelte es sich um Embolien infolge Endocarditis.

V. Gesamtzahl der an Gehirnkrankheiten Gestorbenen: 167 (111 M. 56 Fr.) = 16,4 %

	Progr. Paral.		Dem. praec.		Präs. Stör.		Dem. sen.		Imbez.		Epil.		Per. Irres.		Traum. Irres.		Alkohol.		Puerp Irres.		Sek. Blöds.		Gesamtsumme		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Apoplexie	1	—	3	3	—	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	8	8	16
Durahämatom	5	2	—	2	—	—	6	5	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	14	10	24
Mening. pur.	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5
Encephalitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
Hirnödem	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Tumor cerebr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	2	3
Paralyt. Anfall	68	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	19	87
Status epil.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	13	26
Eklampsie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
																							111	56	167

Von den Fällen von Encephalitis entfallen 2 auf das periodische, 2 auf das traumatische Irresein. Sonst sind Erweichungsherde im Gehirn, beruhend teilweise auf entzündlichen, teilweise auf arteriosklerotischen Prozessen, häufiger. Sie verteilen sich auf die verschiedenen Krankheitsformen, wie folgt:

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
18 M. + 6 F. = 24 = 8 %	4 M. + 4 F. = 8 = 3,4 %	18 M. + 19 Fr. = 37 = 13,1 %	0	5 M. = 5,7 %	2 M. + 1 Fr. = 3

Die Dem. sen. steht also hier bei weitem obenan, dann folgt die progr. Paralyse usw., eine Reihenfolge, die begreiflicherweise mit jener für die Arteriosklerose gefundenen übereinstimmt. Nebenbei sei noch bemerkt, daß sich unter den Fällen der Dem. sen. 17 Fälle (11 M. 6 Fr.) finden, bei denen der Verblödungsprozeß sich an einen oder mehrere apoplektische Anfälle angeschlossen hatte.

Was die Meningitis purulenta betrifft, so fand sich als Ursache angegeben einmal ein Erysipelas faciei und einmal eine Otitis media.

Von den Tumoren saßen zwei im rechten Stirnlappen und einer im linken Schläfenlappen. Über ihre Natur war nichts angegeben. *Brehm* fand in 8 Fällen Tumor cerebri (607 Sektionen).

Die Hämatome der Dura entfallen vorwiegend auf die progr. Paralyse und die Dem. sen. Sie können nur da als Todesursache in Betracht kommen, wo sie sehr massig auftreten und Hirndruckerscheinungen machen. Von den 24 Hämatomen nahmen 17 Konvexität und Basis ein, 5 erstreckten sich über die Konvexität und nur 2 über die Basis allein. Geringere entzündliche Erscheinungen an der Dura, als mehr oder weniger frische Blutungen und membranöse Auflagerungen, waren ziemlich häufig. Am meisten ist die progr. Paralyse beteiligt mit 32,1%, dann folgen Dem. sen. mit 17,3%, Dem. praec. mit 14,5%, zuletzt Imbezillität und Epilepsie mit 7,2%. *Näcke* fand unter 100 Paralytikern in 30%, *Kaes* unter 830 Paralytikern in 25,4% Pachymeningitis haemorrhagica interna. Was den Sitz anbelangt, so handelte es sich in 42 Fällen um die Dura der Konvexität und Basis, in 70 Fällen um die Dura der Konvexität und in 75 Fällen um die Dura der Basis. Dem Sitz der Affektion nach steht also die Dura der Konvexität und Basis fast gleich.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da wir nun einmal bei der Dura sind, so wollen wir hier gleich zur Darstellung des Verhaltens der Gehirnhäute überhaupt, und was drum und dran hängt, übergehen. Zunächst noch einmal die Dura. Für Wucherungsvorgänge, vielleicht auch für entzündliche Prozesse spricht das Verwachsensein mit dem Schädeldach. Es fand sich 182 mal, d. h. in 17,8% der Fälle. Auf die Krankheitsformen verteilt, erhalten wir:

Progr. Par.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
30 = 10 %	25 = 10,7 %	95 = 33,8 %	5 = 10 %	13 = 14,9 %	14

Hier weisen also die senilen Krankheitsformen den größten Prozentsatz auf, während die übrigen Formen so ziemlich gleich stehen. Wir glauben daraus schließen zu dürfen, daß die Verwachsungen der Dura im wesentlichen als Alterserscheinungen aufzufassen sind. *Näcke* fand für die progr. Paralyse 13%.

Was nun das Verhalten der Pia und Arachnoidea betrifft, so haben wir als deren Erkrankungen anzusehen stärkere Trübungen, Verdickungen, Verwachsungen mit der Hirnrinde, ödematöse Entartungen. Sie kamen in 601 Fällen = 59%, also in über der Hälfte vor und verteilen sich wie folgt:

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
227 = 75,9 %[1]	101 = 43,3 %	161 = 57,2 %	26 = 52 %	39 = 44,8 %	47

Mit der Erkrankung der weichen Häute steht teilweise im Zusammenhang die Ansammlung von Flüssigkeit zwischen Dura und weichen Häuten und in den Ventrikeln, wenn hier auch noch der Hydrocephalus ex vacuo in Betracht kommt.

Wir fanden einen Hydrocephalus externus oder internus oder beides zusammen in 460 Fällen = 45,2%, und zwar:

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
192 = 64,2 %	72 = 30,9 %	120 = 42,7 %	23 = 46 %	28 32,1 %	25

Hier anschließend möchten wir das Verhalten der Ventrikel betrachten. Sie waren erweitert in 440 Fällen = 43,2%, und zwar:

[1]) Diese Zahl stimmt mit der v. *Näcke* gefundenen überein: 75 %. *Kaes* gibt 87,4 % an.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
199 = 66,5 %	58 = 24,8 %	119 = 42,3 %	19 = 38 %	17 = 19,2 %	28

Die Ventrikel zeigten Granulationen in 446 Fällen = 43,8%, und zwar:

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
212 = 70,9 %	51 = 21,8 %	119 = 42,3 %	17 = 34 %	22 = 25,2 %	25

Von den erwähnten Prozessen sind demnach am häufigsten die Erkrankungen der weichen Häute in 59% der Fälle, dann folgt der Hydrocephalus in 45,2%, Ventrikelerweiterungen und Granulationen kommen in gleicher Häufigkeit vor in 43,2% und 43,8%, letztere beiden Erscheinungen finden sich ja fast immer gemeinsam zusammen[1]). Häufig für sich allein bestehen die Erkrankungen der weichen Häute. Im übrigen ist keiner der Prozesse notwendig mit dem andern verknüpft, und sie finden sich tatsächlich auch, wenn auch in der Minderzahl der Fälle, bunt gemischt. Am häufigsten gemeinsam anzutreffen sind Hydrocephalus internus mit Erweiterung und Granulierung der Ventrikel, ferner ödematöse Entartung der weichen Häute und Hydrocephalus externus. Am seltensten sind Granulationen des IV. Ventrikels allein: 55 Fälle.

Wenn wir die Tabellen miteinander vergleichen, so sehen wir, daß zwar keine Krankheitsform frei ist von den erwähnten Affektionen, daß sie aber in überwiegender Häufigkeit auf die progr. Paralyse und dann in nicht zu weitem Abstand von ihr auf die senilen Störungen entfallen. Daß kein Hirnbefund für die Paralyse charakteristisch ist, hebt auch *Näcke* in seiner Arbeit hervor. Aber bei der Paralyse sind diese Erkrankungen gehäuft, fast ohne Ausnahme und in gröbster Weise ausgebildet anzutreffen, während bei den übrigen Geistesstörungen mehr ein Verzetteln, ein Nüanzieren stattfindet. Daß aber immer gleich hinter der progr. Paralyse die senilen Störungen folgen, wie wir es ja auch bei den arteriosklerotischen Prozessen gesehen haben, gibt zu denken. Sollten vielleicht beide Geistesstörungen eine gemeinsame Ursache haben in der primären Erkrankung des Gefäßsystems, bedingt dort durch das syphilitische Gift, hier durch

[1]) Bei der progr. Paralyse fanden Hydrocephalus internus und stark erweiterte Ventrikel *Näcke* in 14,6 %, *Kaes* in 24,8 %, *Müller* in 15 %.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein infolge der Involution der Organe endogen entstandenes Gift[1])? Sowohl für die Paralyse (*Näcke*), wie für die senilen Störungen könnte trotzdem eine Veranlagung angenommen werden, schon deshalb, weil ja nicht alle Leute paralytisch oder altersblödsinnig werden. Wir haben unter unserem Material 8 Fälle gefunden, die nach dem anatomischen und auch klinischen Befund ganz gut zu der progr. Paralyse hätten gezählt werden können, wenn nicht das hohe Alter (im Durchschnitt 69 Jahre) dagegen gesprochen hätte. Man könnte vom anatomischen Gesichtspunkt die progr. Paralyse einen frühzeitig auftretenden Altersblödsinn nennen[2]).

Von selteneren Bildungen mögen hier noch die Knochenplättchen in der Pia erwähnt werden. Sie fanden sich 18 mal = 1,7% und zwar:

Progr. Paral.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez. und Epilepsie
7	4	4	3

Ihr Sitz ist gewöhnlich die Pia des Stirnlappens in der Gegend der Sichel, nur in 2 Fällen saßen sie in der Pia des Oberwurms des Kleinhirns. *Näcke* fand sie bei seinen 100 Paralytikern 3 mal. Ob es sich um Entzündungsprodukte handelt, die später verknöchern, oder ob es verlagerte Knochenkerne sind, mag dahingestellt bleiben. Im letzteren Falle könnte man diese Bildungen zu den Degenerationszeichen rechnen. Auch in der Dura finden sich derlei Knocheneinlagerungen. Wir zählten 4 Fälle. Anders entstanden sind die Knochenplättchen auf der Konvexität der Dura. Diese sind einfach ausgebrochen, und an der entsprechenden Stelle zeigt die Lamina interna einen Defekt. Hier liegt wohl ein Entzündungsprozeß zugrunde: 6 Fälle. In einem Falle fand sich ein solches Knochenplättchen in der Pleura pulmonalis.

Von ebenso dunkler Entstehungsweise wie diese Knochenplättchen sind die Exostosen am Schädeldach. Sie zeigten sich in 19 Fällen

[1]) Dagegen würde auch der Umstand nicht sprechen, daß, wie *Näcke* in den Sektionsprotokollen des Chemnitzer Stadtkrankenhauses gefunden hat, Pachymeningitis haem. int., Leptomening. u. Ependym. auch sonst mal vorkommen, abgesehen von Geistes- und organischen Gehirnkrankheiten.

[2]) Mancher wird die Erwähnung der Atrophie der Hirnrinde hier vermissen. Ich habe sie aber absichtlich weggelassen, da, abgesehen etwa von den gröbsten Fällen, das subjektive Moment zu sehr hervortritt.


Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

= 1,8%, und zwar bei der progr. Paralyse 6 mal, bei der Dem. praec. 3 mal, bei den präsen. und sen. Störungen 7 mal, bei der Imbezillität, Epilepsie und dem Rest je 1 mal. Sie saßen meist am Stirnbein, außen oder innen. Einmal handelte es sich um zahlreiche bis linsengroße Exostosen auf der Konvexität des Schädels, in 3 Fällen befanden sich die Exostosen auf dem Scheitelbein. In einem Fall war eine Exostose an der ersten linken Rippe notiert.

Hier könnten wir eigentlich die Besprechung über die Beschaffenheit des Schädeldaches anschließen, halten es aber für zweckmäßiger, da eine eingehendere Erörterung notwendig ist, sie in einer besonderen Arbeit vorzunehmen[1]). Wir gehen wieder zu den Todesursachen über, wie sie in den paralytischen und epileptischen Anfällen gegeben sind. Von den Paralytikern litten überhaupt an Anfällen 161 = 53,8%, und zwar 123 M. = 54,9% und 38 Fr. = 50,6%. *Heilbronner* konnte sie in 60%, *Kräpelin* nur in 29% nachweisen. *Kräpelin* glaubt, daß sie bei den Männern häufiger vorkämen als bei den Frauen. In unsern Fällen ist der Unterschied nicht groß, nur 4%. Verschiedene Autoren haben nun ausgerechnet, wie viele Paralytiker der Paralyse als solcher und wie viele Komplikationen erlegen sind. Verstehen wir unter „Paralyse als solcher" den Tod im paralytischen Anfall und infolge von Marasmus (s. auch die Tabelle VII), so starben an ihr 100 = 33,4%, und zwar 79 M. = 35,2% und 21 Fr. = 28%. *Heimann* berechnete 23,5%, *Brehm* 54,2%, *Heilbronner* für die Männer 48,09% und für die Frauen 50,85%. Nehmen wir den Tod im Anfall oder im unmittelbaren Anschluß daran gesondert, so erlagen von unsern Fällen dem Anfall 87 = 29%, und zwar 68 M. = 30,3% und 19 Fr. = 25,3%. Nach *Heilbronner* starben im Anfall 28,2% M. und 32% Fr. *Mendel* gibt 50% an. Soweit stimmen unsere Zahlen mit denen *Heilbronners* überein, daß 30% der Paralytiker an Anfällen zugrunde gehen. Eine kleine Zahl stirbt an Erschöpfung, Marasmus, und die Hauptmasse (etwa 70%) erliegt Komplikationen.

Was nun den Tod bei Epilepsie betrifft, so starben im Status 26 = 29,8%, und zwar annähernd gleichviel Männer und Frauen. *Heimann* berechnet 18,6%, *Köhler* 14%, *Habermaas* 47,6%. Die

[1]) Ist derweilen unter dem Titel: „Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen" in der Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1908, Bd. 65, erschienen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahlen schwanken also ziemlich erheblich. Gründe hierfür werden sich kaum auffinden lassen, vielleicht spielt der Zufall die Hauptrolle.

VI. Gesamtzahl der an Geschwülsten Gestorbenen: 35 (15 M. 20 Fr. = 3,4 %.

	Prog. Par.		Dem. pr.		Präs. St.		Dem. sen.		Imb.		Epil.		Per. Irres.		Traum. Irres.		Gesamt-summe		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Karzinom ..	1	1	3	4	2	4	2	5	2	2	1	—	—	2	1	—	12	18	30
Sarkom	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
Fibrom	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
																	15	20	35

Die meisten der an Geschwülsten Gestorbenen erlagen dem Karzinom: 30 = 2,9%. *Heimann* berechnet 1,7%. Die Frauen überwiegen etwas: 2,3% M. und 3,5% Fr., wie bei *Heimann*: 1,2% M. und 2,4% Fr. Das Überwiegen der Frauen ist offenbar bedingt durch die Erkrankung von 2 Organen, die der Mann nicht hat: Mamma und Uterus. Folgende Tabelle gibt über die Art der Karzinome Aufschluß.

	M.	Fr.	S.
Pyloruskarzinom	7	5	12
Magenkarzinom	2	—	2
Karzinom des Duodenums	—	1	1
Gallenblasenkarzinom	—	1	1
Leberkarzinom	1	2	3
Pankreaskarzinom	—	1	1
Leberpankreaskarzinom	2	1	3
Mammakarzinom	—	3	3
Uteruskarzinom	—	4	4
	12	18	30

Beim „Magenkarzinom“ saß die Geschwulst an der vordern Magenwand.

Die Pyloruskarzinome bilden fast die Hälfte der Fälle.

Was das Alter der Karzinomkranken anbelangt, so betrug das Durchschnittsalter beim Tod bei den Männern 58, bei den Frauen 61 Jahre. Der jüngste Fall war 35 Jahre alt, die Hälfte der Fälle stand zwischen 60 und 70 Jahren, 5 Fälle waren über 70.

Bei den übrigen Geschwülsten handelte es sich um ein Sarkom oberhalb des rechten Darmbeinkammes, um ein Sarkom des Uterus

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Hodens, um ein Gliom und um ein Fibrom des Uterus (16 kg).

Wir schließen hier die Besprechung der Geschwülste an, soweit sie einen Nebenbefund bilden. Eine Struma fand sich in 51 Fällen = 5%, und zwar bei 7 Männern = 1,3% und 44 Fr. = 8,7%[1]). Die Frauen überwiegen also bedeutend. Die Struma verteilt sich wie folgt:

Progr. Paral.		Dem. praec.		Dem. sen.		Imbez.		Epilepsie		Rest	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
1	8	3	14	2	13	—	4	1	3	—	2

Ziemlich häufig waren Fibrome und Fibromyome des Uterus: 74 Fälle, wovon allein 42 auf die Dem. sen. entfallen. Von sonstigen Geschwülsten waren anzutreffen: 6 mal Lipome, 2 mal Dermoidzysten (im l. Lig. lat. und im Fundus uteri, wohl als Degenerationszeichen aufzufassen), eine Ovarialzyste, ein Hautkarzinom des r. Augenlides, ein Leberechinokokkus.

VII. Den Marasmus bei progr. Paralyse haben wir schon in Abschnitt V abgehandelt. Die senilen Störungen weisen 22 Todesfälle an Marasmus auf = 7,8%. Die übrigen Fälle sind verstreut. Was die Todesfälle von Marasmus und Dekubitus anlangt, so stehen diese beiden Formen in einer gewissen Abhängigkeit voneinander, insofern der Marasmus den Dekubitus bedingen und dieser den Tod beschleunigen kann. Als entscheidende Todesursache kommt der Dekubitus nur bei der progr. Paralyse in Betracht. Von unsern Paralytikern starben 42 an Dekubitus (plus Marasmus) = 14%. *Mendel* gibt 10% an. Zählen wir nun zu den Todesfällen auch den Dekubitus als Nebenbefund mit, so erhalten wir 354 Fälle = 34,8%. Es sind darunter leichte und schwere Fälle. Zwar überwiegt der Dekubitus der Kreuzbeingegend, aber auch die andern bekannten Lokalisationen sind vertreten. Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Beteiligung der verschiedenen Krankheitsformen:

Progr. Par.	Dem. praec.	Dem. sen.	Imbez.	Epilepsie	Rest
177 = 59,1 %	53 = 22,7 %	74 = 26,3 %	9 = 18 %	21 = 24,1 %	20

[1]) In Trier fanden wir eine Struma in 1,44 %, in Münster i. W. nur in einem Fall.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Paralyse hat den höchsten Prozentsatz. Er stimmt etwa mit dem von *Kaes* angegebenen überein: 56,9 %. Bei den übrigen Krankheitsformen zeigen sich nur geringe Schwankungen. Späteren Untersuchungen wird es vorbehalten bleiben zu entscheiden, ob der Dekubitus durch die moderne Bäderbehandlung wirklich abgenommen hat, oder ob diese von manchen geäußerte Ansicht nur ein Produkt der Phantasie und Autosuggestion ist, wie sie sich so gern an die Einführung neuer Methoden knüpfen.

Was die übrigen in obiger Rubrik aufgeführten Todesursachen betrifft, so handelt es sich um Raritäten: **Diabetes mellitus** 2 Fälle. *Heimann* erwähnt in seiner Statistik von 40 197 Sektionen 40 Fälle. Wir haben ferner 2 Fälle von **Osteomalazie**; *Brehm* berichtet von 8 Fällen unter 607 Sektionen.

Der Tod durch **Erschöpfung** war verursacht durch lebhafte Unruhe und Nahrungsverweigerung.

VII. Gesamtzahl der an Allgemeinerkrankungen Gestorbenen: 94 (54 M. 40 Fr.) = 9,2 %

	Progr. Paral.		Dem. praec.		Präs. Stör.		Dem. sen.		Imb.		Epil.		Per. Irres.		Traum. Irres.		Puerp. Irres.		Gesamtsumme		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Marasmus	11	2	—	—	1	2	5	14	1	2	—	—	—	2	—	—	—	—	18	22	67
Marasmus und Decubitus	22	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—		24	3	
Erschöpfung	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	3
Dekubitus	8	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	10	18
Diabetes mell.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Osteomalazie	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Perniziöse Anämie	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Gangrän der Füße	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
																			54	40	94

Bei dem Epileptiker mit Gangrän der Füße trat der Tod nach der Amputation ein.

VIII. Nach *Heimann* starben an Infektionskrankheiten in den preußischen Anstalten 1,3 %. Bei uns läßt wohl die Dysenterie den Prozentsatz in die Höhe gehen. Auch muß zugegeben werden, daß mit der Diagnose Septikopyämie eine gewisse Willkür getrieben werden kann.

An Septikopyämie, hauptsächlich infolge Eiterungsprozessen, gingen 49 = 4,8 % zugrunde, und zwar fast gleich viel Männer wie Frauen. Die Ursache der Septikopyämie war in 6 Fällen Furunkulose, in 20 Fällen Phlegmone, in 4 Fällen Dekubitus mit Abszessen, in 7 Fällen multiple Abszesse, in 5 Fällen Cystitis, Prostatitis, Nephritis, in 2 Fällen Gangrän, in 3 Fällen Knochenbrüche mit Eiterung, in einem Fall Erysipel des Gesichts mit Eiterung und Dekubitus, in einem Falle Endometritis nach der Geburt. Es muß aber gleich hier hervorgehoben werden, daß die meisten und schwersten Formen dieser Komplikationen schon bei der Aufnahme bestanden, so z. B. wurden bei 2 Paralytikern bei der Aufnahme Rippenbrüche, ja bei einem außerdem noch ein Querbruch des

VIII. Gesamtzahl der an Infektionskrankheiten Gestorbenen:
128 (44 M. 84 Fr.) = 12,5 %

	Progr. Paral.		Dem. pr.		Präs. Stör.		Dem. sen.		Imb.		Epil.		Period. Irres.		Traum. Irres.		Puerp. Irres.		Fieb.-del.		Gesamtsumme		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Septikopyämie	7	3	4	8	1	2	6	3	—	—	4	2	—	2	3	—	—	1	1	2	26	23	49
Dysenterie	3	6	6	9	1	7	2	21	—	5	2	4	—	—	1	1	—	—	—	—	15	53	68
Typhusabdominalis	—	—	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5
Erysipel	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4
Diphtherie	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Parotitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
																					44	84	128

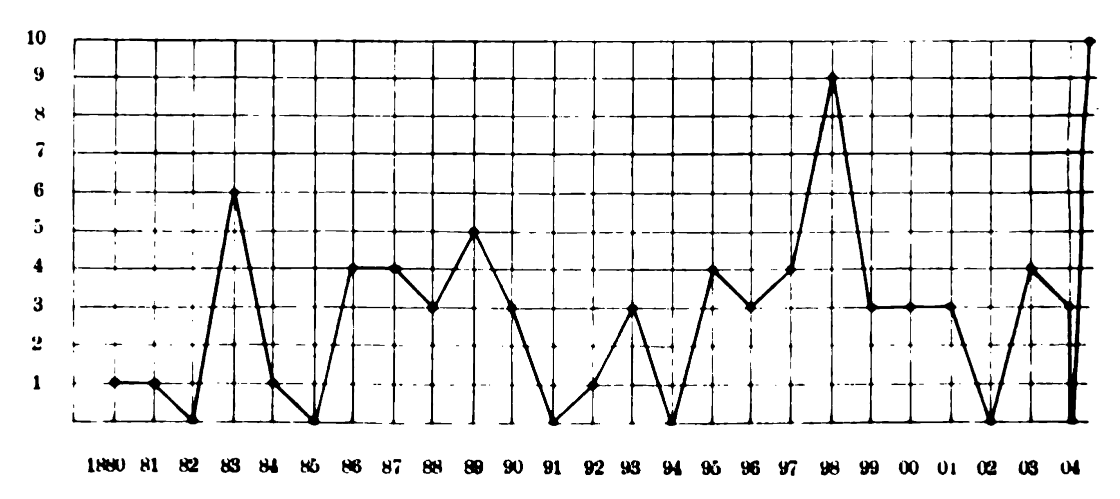

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brustbeins in der Höhe der 4. Rippe nachgewiesen. Bei einem tobsüchtigen Dem.-praec.-Kr. war das linke Sprunggelenk verletzt und vereitert. Wir zählten so 20 Fälle, die sicher, und 5 (darunter auch die mit Cystitis nach Katheterismus), die wahrscheinlich ihre Komplikation mit in die Anstalt gebracht hatten. Was die Epileptiker betrifft, so sind diese der Natur der Krankheit nach vielen Insulten ausgesetzt, die leicht zu phlegmonösen Prozessen führen können. In manchen anderen Fällen liegt eine Art Selbstbeschädigung vor, insofern sich unruhige, tobsüchtige, unreinliche Kranke im Handumdrehen eine Phlegmone oder Furunkulose zuziehen. Nach *Brehm* starb ein Drittel der an akuter Tobsucht Leidenden an Pyämie. Ob die Bäderbehandlung diese Komplikationen zum Verschwinden bringen wird, müssen spätere Untersuchungen lehren.

Was die beiden Infektionskrankheiten Dysenterie und Typhus betrifft, so starben an D y s e n t e r i e 68 = 6,6%, an T y p h u s 5 = 0,4%. *Brehm* berechnet auf seine Fälle 1,6% Todesfälle durch Typhus. Natürlich geben unsere Zahlen kein vollständiges Bild von dem Vorkommen dieser Infektionskrankheiten, da sie ja nur die Todesfälle berücksichtigen. Auffällig ist die hohe Beteiligung der Dem. sen., und zwar der Frauen, mit fast ein Drittel an den Todesfällen der Dysenterie. In 5 Fällen von Dysenterie und in einem Fall von Typhus hatte die Krankheit schon bei der Aufnahme bestanden.

In 21 Fällen hatte die Dysenterie zu Komplikationen geführt, und zwar 10 mal zu Abszessen: 7 Leber-, 1 Leber-Lungen-, 1 Nieren-Lungen-, 1 Lungen-Abszess, 7 mal zu Peritonitis, 2 mal zur Perforation eines dysenterischen Geschwürs, 2 mal zu gangränöser Pneumonie.

Folgende Tabelle soll die Verteilung der Todesfälle an D y s e n t e r i e auf die einzelnen Jahre veranschaulichen:




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was die Todesfälle von Typhus betrifft, so fielen sie in die Jahre 1881, 1888, 1890, 1902, 1903.

Das Erysipel führt wohl nur dann zum Tode, wenn es dekrepide Individuen befällt oder kompliziert ist. So schloß sich einmal an ein Erysipel ein Eiterungsprozeß an. Dreimal saß das Erysipel im Gesicht, einmal am linken Unterschenkel. Unreinliche und aufgeregte Kranke bieten dem Kokkus günstige Gelegenheiten zur Ansiedelung.

IX. Gesamtzahl der durch Unglücksfälle Gestorbenen:
16 (13 M. 3 Fr. = 1,5 %

	Prog. Par.		Dem. pr.		Imbez.		Epilept.		Gesamtsumme		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Erstickung b. Essen	4	—	2	—	—	—	2	—	8	—	8
„ im Kissen	—	1	—	—	—	—	1	—	1	1	2
„ d. Rauch	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
„ d. Knopf	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
„ d. retro-phar. Absc.	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
durch Fraktur, Verl.	—	—	2	—	—	1	—	—	2	1	3
									13	3	16

Nach *Heimann* starben in den preußischen Anstalten 0,7% durch Unglücksfälle, Knochenbrüche. Die Art der Unfälle ist in der Tabelle selbst angegeben.

X. Gesamtzahl der durch Selbstmord Gestorbenen:
11 (9 M. 2 Fr.) = 1 %

	Prog. Par.		Dem. pr.		Präs. St.		Dem. sen.		Gesamtsumme		
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Erhängen	—	1	3	—	3	—	1	—	7	1	8
Strangulieren	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Ertränken	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	2
									9	2	11

Der Selbstmord ist noch immer eine der gefürchtetsten Erscheinungen in den Irrenanstalten. Trotz aller Wachsamkeit kommt er immer wieder vor, wie man aus den Jahresberichten sehen kann. Manchmal wird er plötzlich von Kranken begangen, bei denen nicht der geringste äußere Verdacht vorlag.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Im folgenden möchten wir eine vergleichende Zusammenstellung von Selbstmordfällen geben, wie wir sie bei *Hasse* und *Brehm* gefunden haben[1]).

Es befanden sich in				unter den Todesfällen:		Selbstmordfälle
Würzburg	in 26 Jahren		(1798—1824)	?	:	? = 6 %
Sachsenberg	„ 37	„	(1830—1867)	?	:	22 = 5,0 „
Halle	„ 20	„	(1844—1864)	604	:	10 = 1,6 „
Illenau...........	„ 20	„	(1842—1862)	547	:	16 = 3,0 „
Leubus	„ 43	„	(1830—1873)	819	:	30 = 3,6 „
Königslutter......	„ 20	„	(1865—1884)	?	:	10 = ? „
Burghölzli	„ 17	„	(1879—1896)	607	:	4 = 0,65 „
Saargemünd......	„ 25	„	(1880—1904)	1017	:	11 = 1,08 „
den preuß. Anstalten	„ 21	„	(1876—1897)	63664	:	553 = 0,87 „

Nach dieser Tabelle gewinnt man allerdings den Eindruck, daß die Zahl der Selbstmordfälle abgenommen habe. Aber schon in den Jahren 1844—64 hatte Halle nur 1,6%. Es spielen hier eine große Reihe Nebenumstände mit, die sich bald im guten, bald im schlimmen Sinne geltend machen, mehr oder weniger unabhängig von den ärztlichen Maßnahmen. In manchen Gegenden ist die Neigung zum Selbstmord überhaupt größer als in andern, die Aufnahme vieler zum Selbstmord neigenden Krankheitsformen wird die Ausführung eher ermöglichen. Dazu kommen dann noch unvorhergesehene Fälle.

Die folgende Tabelle gibt über die Jahre, Monate und Alter Auskunft, wann die Selbstmordfälle vorkamen:

1884	VIII.	49	1891	X.	39	1899	V.	52
1885	VI.	37	1895	VI.	21	1901	VI.	39
1886	V.	47	1896	III.	58	1901	VI.	44
1891	VI.	56	1898	XII.	29			

Was die Jahre betrifft, so trat 2mal die gefürchtete Duplizität der Fälle auf. Nach *Fröhlich* waren in Leubus die Selbstmordfälle im Juli und August am zahlreichsten. Auch bei uns überwiegen die Sommermonate gegenüber den 3 Wintermonaten. Vielleicht hängt das mit den Aufnahmeverhältnissen zusammen, vielleicht auch mit dem etwas freieren Leben und Treiben im Sommer.

---

[1]) *Hasse*, Über Selbstmord in Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1885 Bd. 41.— *Loewenhardt*, Über Selbstmord von Geisteskranken in der Heilanstalt Sachsenberg. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1867. — *Brehm*, l. c.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Lebensalter spielt kaum eine Rolle. *Hasse* glaubt, daß das jugendliche und das hohe Alter ausgeschlossen seien. Bei uns war der jüngste Fall 21, der älteste 58 Jahre alt, bei *Hasse* 35 und 65. Dasselbe gilt von der Krankheitsform, selbst von der progr. Paralyse. *Hasse* erwähnt je einen Fall von progr. Paralyse, von Epilepsie, von Verrücktheit, 2 Fälle von Blödsinnsformen und 5 Fälle von Melancholie. In unsern Fällen ist von den häufigeren Krankheitsformen nur die Imbezillität und Epilepsie nicht vertreten. Es ist klar, daß keine Krankheitsform gegen den Selbstmord gefeit macht, da es ja die depressiven Stimmungslagen sind, die dazu antreiben, und diese können als Zustandsbilder überall vorkommen.

Nach dem Geschlecht scheinen die Männer im allgemeinen etwas zu überwiegen, bei uns sogar ziemlich erheblich 9 : 2.

Wie draußen, so ist auch in der Anstalt das Hängen die bevorzugteste Art, sich vom Leben zum Tode zu befördern, weil es am einfachsten, bequemsten zu bewerkstelligen ist und sicher zum Ziele führt. Ausnahmen gibt es aber auch hier. Nach *Hasse* stieß sich eine Frau die Schere in den Hals, ein Mann entriß dem Rasierer das Messer und schnitt sich den Hals durch.

Anhang: Das Othämatom.

Vielleicht mag einer denken, es heiße Eulen nach Athen tragen, wenn man noch etwas über das Othämatom schreiben will. Und doch sind es zwei Umstände, die es entschuldigen, wenn man wieder auf dieses Thema kommt. Einmal spukt die Ansicht *Guddens*, die in der äußern Gewalteinwirkung (Wärterfaust) die ausschließliche Ursache des Othämatoms sieht, noch immer in vielen Köpfen, und dann ist ja das Othämatom immer noch da, trotzdem prophezeit worden ist, es werde aus den modernen Irrenanstalten verschwinden. Hören wir einen strengen Anhänger der Ansicht *Guddens*. *Jolly* schreibt: „Heutzutage denkt kaum jemand mehr daran, in diesem Symptom, wenn es ausnahmsweise einmal zur Beobachtung kommt, etwas anderes zu sehen, als die Folge eines Traumas, dessen Urheber ermittelt und, falls er dem Pflegepersonal angehört, diszipliniert werden muß.“ [1]) Ähnlich, wenn auch nicht so schroff, drückt sich *Scholz* aus: „Das Othämatom ist stets eine Folge äußerer Gewalteinwirkung.“ [2]) Andere Autoren, wie *Savage*, *Ziehen*, *Schüle*, *Kirchhoff*, *Krafft-Ebing*, *Fürstner*, *Kraepelin* usw. nehmen eine mehr vermittelnde

---

[1]) Arch. f. Psych., 1899, Bd. 31, H. 3, S. 697.

[2]) Leitfaden für Irrenpfleger. Halle 1902. S. 14.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stellung ein. Sie setzen ein Trauma voraus, aber auf der andern Seite auch eine durch die psychische Erkrankungsform bedingte Schädigung und Brüchigkeit der Gewebe. Wir selbst sind in einer früheren Abhandlung sogar bis ins andere Extrem gegangen, indem wir nachweisen konnten, daß in gewissen Fällen von einem „Trauma“ überhaupt nicht mehr die Rede sein könne, die Degeneration des Gewebes alles sei.[1]) Wir sahen, von wie großem Einfluß Hitze und Kälte auf die vasomotorischen Vorgänge im Ohr mancher Geisteskranken sind, wie manche beständig den Kopf in die Hände stützten, oder sich, vielleicht infolge Prickelns, das Ohr mit der flachen Hand rieben, oder, fast immer auf derselben Seite liegend, den Kopf unruhig im Kissen hin- und herbewegten. Auf solche Art konnten wir das Entstehen des Othämatoms sozusagen unter unsern Augen verfolgen. Auf die hohe Bedeutung der Gewebsdegeneration und die Geringfügigkeit der Traumen finden wir auch Hinweise in der ausländischen Literatur [2]). Wir wollen aber durchaus nicht behaupten, daß nicht auch unter Umständen das Trauma eine wichtige Rolle spielen könne. Doch sehen wir, was unsere neueren Untersuchungen bringen:

Othämatom	Progr. Paral.	Dem. praec.	Präs. u. sen. Störungen	Imbez., Epilepsie	Summe
rechts	4	—	1	1	6
links	11	3	3	3	20
beiderseits .	13	2	2	2	19
Summe	28 = 9,3 %	5 = 2,1 %	6 = 2,1 %	6 = 4,3 %	45 = 4,4

Demnach wurde bei 1017 Sektionen in 45 Fällen = 4,4 % das Othämatom angetroffen. Die meisten Fälle stellt die progressive Paralyse, ihr folgt die Imbezillität-Epilepsie (beide durch je 3 Fälle vertreten). Die Dementia praecox und die senilen Störungen weisen den gleichen Prozentsatz auf.

Was den Sitz des Othämatoms anbelangt, so ist die geringe Zahl der rechts sitzenden Othämatome auffallend, während die links und beiderseits sitzenden gleich häufig vorkommen.

Wenn wir nach der Entstehungsursache forschen, so können wir hier alle in Betracht kommenden Theorien verwerten. Für eine vorwiegend traumatische Erklärungsweise sprechen jene 6 Fälle, bei denen das Othämatom nach einer Balgerei der Kranken unter sich (Ohrfeigen, Schläge) entstanden war. In das Gebiet der Selbstbeschädigung, wobei

---

[1]) Vom Othaematom und seiner Entstehung. Der Irrenfreund, 1897 Nr. 5 u. 6.

[2]) Handbook for the attendants on the insane. London 1899, S. 50. — *Tomasini*, Sulla patogenesi dell' oto-ematoma negli alienati. Il Manicomio 1901, H. 17, Nr. 3.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Trauma bald eine erheblichere, bald eine kaum nennenswerte Rolle spielte, sind folgende 17 Fälle zu rechnen: 10 mal handelte es sich um große Unruhe und Erregung [1]), wobei in 8 Fällen kurz hintereinander die Othämatome beiderseits auftraten, in 5 Fällen handelte es sich um Aufschlagen des Kopfes (davon zweimal im epileptischen Anfall, einmal durch Fall aus dem Bett), in einem Fall um Anstoßen des Kopfes und in einem Fall um beständiges Liegen auf demselben Ohr. In 8 Fällen bildete sich das Othämatom ohne greifbare Ursache einige Tage bis Wochen vor dem an Marasmus oder Dekubitus erfolgten Tod. In diesen Fällen kommt wohl fast ausschließlich die Degeneration der Gewebe in Betracht.

Immerhin war unter diesem Material kein so schöner, sozusagen traumalos entstandener Fall eines Othämatoms zu finden gewesen, wie wir ihn einmal zu beobachten Gelegenheit hatten. Diesen hier zu bringen, können wir uns nicht versagen. Es handelte sich um eine an Dem. praec. leidende Frau: Beginnende Verblödung. Die Kranke zeigte, wenn sie im Winter aus dem Garten in die warme Stube kam, nach kurzer Zeit hochrote, gedunsene Ohren. Wohl infolge des damit verknüpften Prickelns (mancher, der aus der schneidenden Kälte plötzlich in die warme Stube trat, wird diese Empfindung schon verspürt haben) rieb sie sich die Ohren. Dieser Vorgang wiederholte sich öfters, bis ein richtiges Othämatom des r. Ohres zustande gekommen war, während sich links keine nennenswerte Veränderung vollzogen hatte. Allerdings zeigen diese Othämatome nie die Unförmlichkeit und Massigkeit der traumatisch entstandenen.

Was das Vorkommen des Othämatoms nach dem Geschlecht betrifft, so sind gegenüber 39 Männern nur 6 Frauen vertreten. Auch bei *Kaes*, der übrigens bei seinen Paralytikern nur in 2,5 % Othämatome antraf, überwiegen die Männer mit 3 % gegenüber den Frauen mit 0,3 % [2]). Da die Othämatome bei der progr. Paralyse am häufigsten vorkommen, diese aber nach unserer Statistik dreimal häufiger die Männer befällt, so wird teilweise wenigstens das Überwiegen des Othämatoms bei den Männern begreiflich. Dazu kommt, daß die Frauen wegen ihrer größeren Passivität sich weniger Fährlichkeiten aussetzen und, wenn es einmal zur Attacke kommen sollte, ihr Angriffsfeld mehr in den Haaren suchen.

---

[1]) Auf die Erregungszustände, in deren Gefolge Othämatome auftreten, wird verschiedentlich aufmerksam gemacht. So beobachtete *Raecke* bei 2 Paralytikern das Entstehen von Othämatomen während der Erregung (Statistischer Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. B. 35, H. 2.).

[2]) *Kaes*, Statistische Beobachtungen über die wichtigsten somatischen Anomalien bei allg. Paralyse. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1895, Bd. 51.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir wiederholen:

1. Das Othämatom existiert noch immer und wird noch weiter existieren, solange die es bedingenden psychischen Krankheitsformen (progr. Paralyse, Epilepsie usw.) sich nicht ändern. Möglich, daß die Bett- und Bäderbehandlung die Zahl der Othämatome vermindert.
2. Zur Erklärung der Entstehungsweise reichen sich die beiden Extreme: Trauma fast allein und Degeneration der Gewebe fast allein durch eine lange Kette von Übergängen die Hand.

Zum Schlusse wollen wir die Hauptergebnisse unserer Abhandlung kurz und übersichtlich wiederholen. Es starben:

an Lungenkrankheiten	249 = 24,4	%
an Tuberkulose	202 = 19,8	,,
an Gehirnkrankheiten	167 = 16,4	,,
an Infektionskrankheiten	128 = 12,5	,,
an Allgemeinerkrankungen	94 9,2	,,
an Herz- und Gefäßkrankheiten	79 7,7	,,
an Erkrankungen der Bauchorgane	37 = 3,6	,,
an Geschwülsten	35 = 3,4	,,
durch Unglücksfälle	16 = 1,5	,,
durch Selbstmord	11 = 1,0	,,

Es starben:

von der progr. Paralyse:		
an paralytischen Anfällen	87 29,1	%
an Pneumonie	76 = 25,4	,,
an Marasmus, Dekubitus	55 = 18,3	,,
an Tuberkulose	22 = 7,3	,,
an Infektionskrankheiten	21 = 7,0	,,
an Gehirnkrankheiten	12 = 4,0	,,
an Herz- und Gefäßkrankheiten	9 = 3,0	,,
durch Unglücksfälle	6 = 2,0	,,
an Pleuritis	4 = 1,3	,,
an Erkrankungen der Bauchorgane	3 1,0	,,
durch Selbstmord	3 1,0	,,
an Geschwülsten (Karzinom)	2 = 0,6	,,
von der Dementia praecox:		
an Tuberkulose	105 45,0	%
an Pneumonie	33 = 14,1	,,



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an Infektionskrankheiten	31	= 13,3	%
an Herz- und Gefäßkrankheiten	23	= 9,8	„
an Gehirnkrankheiten	10	= 4,2	„
an Geschwülsten	8	= 3,4	„
an Erkrankungen der Bauchorgane	7	= 3,0	„
durch Unglücksfälle	5	= 2,1	„
an Pleuritis	4	= 1,7	„
an Allgemeinerkrankungen	4	= 1,7	„
durch Selbstmord	3	= 1,2	„

von den präsenilen Störungen:

an Tuberkulose	13	= 16,8	%
an Pneumonie	13	= 16,8	„
an Infektionskrankheiten	13	= 16,8	„
an Herz- und Gefäßkrankheiten	9	= 11,7	„
an Erkrankungen der Bauchorgane	8	= 10,3	„
an Geschwülsten	7	= 9,1	„
an Allgemeinerkrankungen	5	= 6,5	„
durch Selbstmord	4	= 5,2	„
an Pleuritis	3	= 3,8	„
an Gehirnkrankheiten	1	= 1,3	„
durch Unglücksfälle	0		

von der Dementia senilis:

an Pneumonie	76	= 37,2	%
an Infektionskrankheiten	33	= 11,2	„
an Herz- und Gefäßkrankheiten	22	= 10,7	„
an Allgemeinerkrankungen (Marasmus, Dec.)	19	= 9,3	„
an Tuberkulose	17	= 8,3	„
an Gehirnkrankheiten	16	= 7,8	„
an Geschwülsten	10	= 4,9	„
an Erkrankungen der Bauchorgane	7	= 3,4	„
an Pleuritis	4	= 1,9	„
durch Selbstmord	1	= 0,4	„
durch Unglücksfälle	0		

von der Imbezillität:

an Tuberkulose	14	= 28,0	%
an Pneumonie	8	= 16,0	„
an Herz- und Gefäßkrankheiten	7	= 14,0	„
an Erkrankungen der Bauchorgane	5	= 10,0	„
an Infektionskrankheiten	5	= 10,0	„
an Geschwülsten	4	= 8,0	„
an Allgemeinerkrankungen	4	= 8,0	„
an Pleuritis	1	= 2,0	„

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

an Gehirnkrankheiten	1 =	2,0 %
durch Unglücksfälle	1 =	2,0 „
durch Selbstmord	0	

von der Epilepsie:

im Status	26 =	29,8 %
an Tuberkulose	19 =	21,8 „
an Pneumonie	14 =	16,1 „
an Infektionskrankheiten	14 =	16,1 „
an Herz- und Gefäßkrankheiten	4 =	4,5 „
durch Unglücksfälle	4 =	4,5 „
an Erkrankungen der Bauchorgane	3 =	3,4 „
an Gehirnkrankheiten	1 =	1,1 „
an Geschwülsten	1 =	1,1 „
an Allgemeinerkrankungen	1 =	1,1 „
an Pleuritis	0	
durch Selbstmord	0	

In der Hauptsache: Die meisten Kranken starben an Lungenkrankheiten, in zweiter Linie an Tuberkulose. Was die Todesursachen bei den einzelnen Krankheitsformen betrifft, so überwiegen bei der Dementia praecox (45%!), der Imbezillität, den präsenilen Störungen (bei diesen Tub.- und Pneum.-Prozentsatz gleich) die Todesfälle an Tuberkulose, bei der Paralyse und Epilepsie die Todesfälle durch Anfälle, bei der Dementia senilis die Todesfälle an Pneumonien.

Literatur:

Heimann, Die Todesursachen der Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1900 Bd. 57.

Brehm, Über die Todesfälle und Sektionsbefunde der Züricher kantonalen Irrenheilanstalt Burghölzli. Ebenda Bd. 54.

Schüle, Sektionsergebnisse bei Geisteskranken. Leipzig 1874.

Kraepelin, Psychiatrie. 1896 u. 1903.

Näcke, Über einige makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1900 Bd. 57.

Heilbronner, Über Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progr. Paralyse. Ebenda 1895, Bd. 51.

Kaes, Statistische Beobachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche. Ebenda 1895 Bd. 51.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Krafft-Ebing-Obersteiner, Die progressive allgemeine Paralyse. II. Aufl. Leipzig 1908.
Snell, Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1888, Bd. 44.
Mercklin, Zur Prophylaxe der Tuberkulose in Irrenanstalten. Ebenda 1896 Bd. 52.
Osswald, Die Tuberkulose in Irrenanstalten. Ebenda 1902 Bd. 59.
Geist, Tuberkulose in Irrenanstalten. Ebenda 1904 Bd. 61.
Wulff, Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberkulose in den Idiotenanstalten. Ebenda 1893 Bd. 49.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Histopathologie der progressiven Paralyse.

Von

Dr. **H. Behr,**

Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Langenhagen.

Die mikroskopische Diagnose der progressiven Paralyse hat ganz wesentlich an Sicherheit und Klarheit gewonnen, seitdem *Nissl* und weiter besonders *Alzheimer* auf die Bedeutung der Zellinfiltrate in den Gefäßscheiden, auf den regelmäßigen Befund von *Marschalko*schen Plasmazellen in den Infiltraten, ferner auf das Vorkommen eigenartiger, nach ihrer Form als Stäbchenzellen bezeichneter Zellen in der Rinde solcher Individuen, die auch klinisch das Bild der progressiven Paralyse boten, aufmerksam gemacht haben. Gewiß lassen sich auch an den übrigen Gewebsteilen der Rinde ektodermaler sowohl wie mesodermaler Provenienz Veränderungen nachweisen, die besonders in vorgeschrittenen Fällen und dann, wenn sie zu mehreren nachzuweisen sind, wohl zur Diagnose der Paralyse berechtigen; ich rechne dazu die Störungen in der normalen Rindenarchitektonik, den Ausfall und die sonstigen Veränderungen an den Ganglienzellen, die meist sehr ausgeprägten Wucherungserscheinungen an der zelligen wie fasrigen Glia, den Schwund der Tangentialfasern und der Markfasern des supraradiären Flechtwerks, endlich die vielfachen Veränderungen an den Gefäßen (Wucherung der Gefäßwandzellen, Sproßbildung, Vermehrung der Kapillaren). Indes finden sich alle diese Veränderungen gelegentlich auch bei anderen Geisteskrankheiten, sie haben nichts, was für die Paralyse typisch wäre, während wir wenigstens nach den bisherigen Untersuchungen in den Plasmazellen, und das gilt wenn auch vielleicht nicht in dem gleichen Maße für die Stäbchenzellen, ein höchst charakteristisches und dabei durch die Leichtigkeit des Nachweises ausgezeich-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

netes Mittel zur histopathologischen Abgrenzung der Paralyse von den übrigen psychischen Erkrankungen zu besitzen scheinen.

Vogt[1]) bezeichnet die Plasmazellen direkt als pathognomonisch für die Paralyse und hält es für fraglich, ob sie unter irgendeinem anderen Umstande in diffuser Weise in der Hirnrinde verbreitet sind, obwohl er sie andererseits bei einem 15jährigen Knaben, bei dem intra vitam die Diagnose auf Epilepsie und Idiotie gestellt war, zahlreich und auch in diffuser Ausbreitung in der Rinde nachweisen konnte. Indes fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung auch sonst Erscheinungen, die auf Paralyse sehr verdächtig waren, so daß die Möglichkeit, daß es sich vielleicht um eine durch hereditäre Lues bedingte echte jugendliche Paralyse gehandelt habe, nicht ausgeschlossen werden konnte. Dagegen bestritt *Havet*[2]) auf Grund eines ähnlichen Falles von Imbezillität und Epilepsie die Behauptung *Vogts* von der pathognomonischen Bedeutung der Plasmazellen, und auch *Alzheimer*[3]) hält die Frage, ob diese bei jugendlichen Idioten beobachteten entzündlichen, anscheinend nicht der nicht eitrigen Enzephalitis zugehörigen Rindenveränderungen mit Plasmazellinfiltration der Paralyse angehören oder nicht, keineswegs für hinreichend aufgeklärt.

Auch die histopathologische Unterscheidung der Paralyse von der luischen Meningo-Enzephalitis begegnet gelegentlich größeren Schwierigkeiten, besonders da, wo der luische Prozeß in den Meningen sich nicht auf bestimmte kleine Gebiete beschränkt, sondern sich diffus über einen mehr oder weniger großen Abschnitt der Pia und der darunter liegenden Hirnsubstanz ausbreitet. Auch hier finden sich Zellinfiltrate in den Rindengefäßen und zwar meist in einer Ausdehnung, wie sie bei der Paralyse nur selten beobachtet wird, auch hier enthalten die Infiltrate wie bei der Paralyse neben Lymphozythen in wechselnder Menge Plasmazellen. Man wird zwar der Ansicht *Mahaims*[4]), daß die

---

[1]) *Vogt*, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 9.

[2]) *Havet*, Des lésions vasculaires du cerveau dans la paralyse générale. Bulletin de l'Académie royale de médecine Belgique 1902.

[3]) *Alzheimer*, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde. Bd. I.

[4]) *Mahaim*, De l'importance des lésions vasculaires dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale et d'autres psychoses. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 1902.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lues diffusa und die Paralyse mikroskopisch überhaupt nicht zu unterscheiden seien, nicht beipflichten können, denn es gibt tatsächlich wichtige Unterscheidungsmittel zwischen beiden Krankheiten, zu denen besonders die Abhängigkeit des enzephalitischen Prozesses von dem Infiltrat in den Meningen bei der Lues gehört, eine Abhängigkeit, die bei der Paralyse nicht nachweisbar ist, wo das regelmäßig vorhandene, bald mehr bald weniger reichliche Piainfiltrat und die Rindenveränderungen ohne weitere Beziehung zueinander Ausdrücke eines entzündlichen Prozesses sind, der bei der Paralyse in gleichem Maße die Gefäße der Pia wie der Gehirnsubstanz befällt. Immerhin ist es fraglos, daß die Abgrenzung beider Krankheitsformen durch den mikroskopischen Befund bei der offenbaren Ähnlichkeit der histologischen, Veränderungen gelegentlich größeren Schwierigkeiten begegnen kann. Aber auch in anderen Fällen, bei denen die Möglichkeit einer Paralyse ausgeschlossen war, sind Plasmazellen beobachtet, meist allerdings an umschriebener Stelle bei Herderkrankungen und vielfach nur in spärlicher Anzahl.

Nach *Nissl*[1]) kommen differentialdiagnostisch, abgesehen von den schon erwähnten von den Meningen fortgeleiteten, entzündlichen Prozessen luischer und auch tuberkulöser Natur, die akuten und subakuten Formen der nicht eitrigen Enzephalitis und Myelitis in Frage, bei denen sich Plasmazellinfiltrate nachweisen ließen. *Alzheimer*[2]) weist neben der luischen Form der Meningo-Enzephalitis auf das Vorkommen von Plasmazellinfiltraten in geringer Ausdehnung bei Arteriosklerose und luischer Endarteriitis und zwar in der Nähe von Erweichungsherden hin, während er sie bei seniler Demenz und Alkoholismus entweder völlig vermißte, oder sie, wenn Blutungen das Bild komplizierten, in spärlicher Anzahl in den Blutungen selbst oder in ihrer nächsten Nähe nachweisen konnte.

Von einer pathognomonischen Bedeutung der Plasmazellen in dem Sinne, daß sie sich lediglich bei der Paralyse finden, kann demnach nicht die Rede sein, ihr Nachweis berechtigt keineswegs zur Diagnose Paralyse, auch ihr diffuses Auftreten kann zurzeit noch nicht als ausschlaggebend betrachtet werden, solange nicht die erwähnten Fälle mit

[1]) *Nissl*, Zur Histopathologie der paralytischen Rindenerkrankungen. Histolog. u. histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde. Bd. I.

[2]) l. c.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diffuser Plasmazellinfiltration bei jugendlichen Idioten durch weitere Beobachtungen geklärt sind. Ihr Wert für die Feststellung der Paralyse durch den histopathologischen Befund wird dadurch allerdings eingeschränkt, aber durchaus nicht hinfällig, denn andererseits haben die bisherigen Untersuchungen ergeben, daß die Plasmazellen in keinem Falle gefehlt haben, der klinisch und auch sonst durch den pathologisch-anatomischen Befund das Bild der Paralyse bot. Abgesehen von den Paralysen in den allerersten Stadien, über die ihm eigene Beobachtungen fehlten, sagt *Nissl*[1]), muß das entzündliche Adventitialscheideninfiltrat unter allen Umständen nachgewiesen werden, wenn man die Diagnose der Paralyse auf Grund des anatomischen Befundes stellen will; das Fehlen von Plasmazellinfiltration in einer Rinde schließt das Vorhandensein des paralytischen Prozesses aus. Umgekehrt, fügt er hinzu, ist die Feststellung des Plasmainfiltrates an sich noch lange kein Beweis dafür, daß eine Paralyse vorliegt. Er betont dabei, daß die Infiltrate an sich nicht charakteristisch für den Krankheitsprozeß der Paralyse sind, sondern nur für den entzündlichen Charakter des Prozesses, der der Paralyse zugrunde liegt.

Alzheimer[2]) konnte die Plasmazellinfiltrate in sämtlichen 170 untersuchten Paralytikergehirnen in wechselnder Menge nachweisen, während sie bei allen anderen Krankheitsformen, abgesehen von den vorhin erwähnten relativ seltenen Ausnahmen fehlten. Nach *Degenkolb* steht das konstante Vorkommen der Plasmazellen bei der Paralyse fest, und *Elmiger*[3]) hält sie nach seinen Beobachtungen direkt für charakteristisch für Paralyse. In ähnlichem Sinne äußert sich *Meyer*[4]), während *Mahaim*[5]) die zelligen Infiltrate der kleineren Gefäße bei der Paralyse wohl als die konstanteste Veränderung an dieser Krankheit betrachtet, deren Fehlen Zweifel an der Diagnose erregen müsse, das Vorkommen von Plasmazellen in diesen Infiltraten aber für weit weniger häufig und konstant hält, als die Lymphozyteninfiltration.

---

[1]) l. c.

[2]) l. c.

[3]) *Elmiger*, Beiträge zur Kenntnis der Gefäßveränderungen in der Gehirnrinde bei Psychosen. Arch. f. Pych. u. Neurol. 42.

[4]) *Meyer*, Psych.-neurolog. Wochenschrift 1905, Nr. 34.

[5]) *Mahaim* l. c.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ich habe in den letzten Jahren das Material der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg pathologisch-anatomisch untersucht und 115 Fälle zusammengestellt, die den verschiedensten Formen der Seelenstörungen angehören, dazu kommt eine geistesgesunde Frau, die außerhalb der Anstalt an einem Tumor der hinteren Schädelhöhle starb. In allen Fällen wurden der rechten Hemisphäre Stücke aus dem Stirnhirn, der vorderen Zentralwindung und dem Hinterhauptslappen entnommen, bei etwa der Hälfte der Paralytiker wurden weiter Stücke aus dem Kleinhirn, dem Thalamus opticus und dem Rückenmark der mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Weiter wurden natürlich auch überall da Stücke entnommen, wo schon makroskopisch gröbere Veränderungen nachweisbar waren. Die mikroskopische Untersuchung beschränkte sich nicht lediglich auf den Nachweis der Plasmazellen in den Gefäßscheideninfiltraten, vielmehr wurden in jedem Falle mittels der einschlägigen Färbemethoden auch die Veränderungen an den übrigen Gewebsteilen der Rinde festgestellt und die Diagnose der Paralyse nicht lediglich auf Grund des positiven Plasmazellenbefundes, sondern nur dann gestellt, wenn auch die histopathologischen Veränderungen an den sonstigen Gewebsteilen Erscheinungen boten, wie sie sich bald mehr bald weniger ausgesprochen bei der typischen Paralyse zu finden pflegen. Auf Plasmazellen wurde mit der von *Nissl* angegebenen Methode und mit Thionin gefärbt; Thionin eignet sich nach meinen Erfahrungen besonders gut, die Plasmazellen treten sehr scharf und deutlich hervor, vor allem läßt sich auch die charakteristische Anordnung der chromatischen Substanz in Protoplasma und Kern sehr schön nachweisen.

Von den 115 untersuchten Fällen war bei 59 Kranken klinisch die Diagnose Paralyse gestellt, die in 55 Fällen auch histo-pathologisch bestätigt werden konnte, während in 4 Fällen, auf die gleich näher eingegangen werden soll, die Diagnose auf Grund des mikroskopischen Befundes nicht aufrecht erhalten werden konnte. In allen Fällen, bei denen klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch die Diagnose Paralyse feststand, wurden die Plasmazellinfiltrate in den Gefäßscheiden der Rinde und des Markes nachgewiesen. Ihre Menge unterlag dabei erheblichen Schwankungen, oft waren sie nur vereinzelt in den Gefäßwänden aufzufinden, zuweilen gelang es wohl nach längerem Suchen, vereinzelt typische Zellen festzustellen, dann traten sie wieder in großen


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mengen auf, bildeten in den breiten Zellkränzen, die die vielfach verengten Gefäßlumina umgaben und in manchen Fällen dem mikroskopischen Bilde ein höchst charakteristisches Gepräge verliehen, neben spärlichen Lymphozyten, Mastzellen und vereinzelten anderen Zellformen die überwiegende Zahl, während sie in anderen Fällen wieder erheblich hinter den zahlreichen Lymphozyten zurücktraten. Meist sind sie besonders an den größeren Gefäßen auf die adventitiellen Lymphscheiden beschränkt, wurden aber in den Fällen, in denen sich die entzündliche Infiltration auf die Media und Intima erstreckte, auch in den anderen Schichten der Gefäßwand, weiter auch gelegentlich im Lumen gefunden, während sie an den kleineren Kapillaren, besonders da, wo sie reichlich nachweisbar waren, ganz regellos bald mehr im Lumen des Gefäßes, bald in der Wand lagerten und oft durch ihre Menge die eigentliche Gefäßwand mehr oder weniger verdeckten. Gar nicht so selten und zwar besonders bei Paralysen, die sich durch ihren Plasmazellreichtum auszeichneten, konnte ich Plasmazellen auch in einiger Entfernung von der Gefäßwand in der Hirnsubstanz nachweisen, es handelt sich aber immer nur um ganz vereinzelte meist mehr oder weniger regressiv veränderte Zellen, die in das umgebende Gewebe eingedrungen sind. Es scheint demnach, daß in relativ seltenen Fällen die Plasmazellen, die ja zweifellos hämatogenen Ursprungs sind, die biologische Grenzscheide zwischen mesodermalem und ektodermalem Gewebe überschreiten können, während nach einer kürzlich veröffentlichten Arbeit von *Ranke*[1]) im jugendlichen und ganz besonders im fötalen Organismus bei infiltrativ entzündlichen Prozessen die Neigung zu einer diffusen Ausbreitung der hämatogenen Elemente durch die nervöse Substanz besteht, wie er in beschränktem Maße bei der Lues congenita, weit deutlicher und ausgesprochener in einigen Fällen einer diffusen nicht eitrigen fötalen Enzephalitis nachweisen konnte. Jedenfalls sind diese Beobachtungen bei der Paralyse nicht sehr zahlreich, und es bedarf in jedem Falle einer sorgfältigen Untersuchung, weil die zarten neugebildeten Capillaren, die vielfach nur an vereinzelten Endothelzellen zu erkennen sind, leicht übersehen werden können.

[1]) *Ranke*, Über Gehirnerkrankungen bei der angeborenen Syphilis. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Bd. II, Heft 1, 2 u. 3.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vogt[1]) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, daß die Plasmazellen besonders bei den akut verlaufenden Fällen massenhaft, bei den Paralysen mit langsamem Verlauf immerhin nicht selten nachweisbar seien. Ich kann diese Annahme im allgemeinen wohl bestätigen, konstant ist der Befund jedoch keineswegs, denn ich habe auch bei durchaus chronisch verlaufenden Fällen der dementen Form der Paralyse die Plasmazellinfiltrate in großen Mengen gefunden, und zwar besonders dann, wenn zur Zeit des Todes das Krankheitsbild eine Exacerbation zeigte oder auch eine Serie von paralytischen Anfällen zum Exitus führte. Offenbar bestehen zwischen den klinisch nachweisbaren Exacerbationen der Paralyse, zu denen ja auch die Anfälle gerechnet werden dürfen, und den entzündlichen Veränderungen an den Gefäßen sehr enge Beziehungen, sie sind, wenn man an der entzündlichen Natur des ganzen paralytischen Prozesses festhält, durch die Steigerung der Entzündungserscheinungen bedingt, die sich ihrerseits wieder durch die Zunahme der Gefäßinfiltration, durch das reichliche Auftreten der Plasmazellen dokumentieren wird.

Regelmäßig zeigen sich in diesen Fällen auch an den übrigen Gewebsteilen der Rinde, besonders an der zelligen Glia, Erscheinungen, die auf eine lebhafte proliferierende Tätigkeit hinweisen.

Die Plasmazellinfiltrate sind bei der Paralyse in diffuser Weise über die ganze Rinde verbreitet, allerdings wechselt ihr Reichtum in den verschiedenen Rindenregionen häufig ganz erheblich.

Am zahlreichsten sind sie im Stirnhirn nachweisbar, wo ja überhaupt die pathologischen Veränderungen bei der typischen Paralyse am stärksten aufzutreten pflegen. Gerade hier finden sich breite Zellkränze um die Gefäßlumina häufig in großer Menge, die Plasmazellen, die, wie erwähnt, vielfach den Hauptbestandteil des zelligen Infiltrates bilden, sind häufig in ihrer Form verändert, mehr länglich, wie wenn sie durch den Druck der Infiltratzellen platt gedrückt wären. Die Anordnung der chromatischen Substanz zeigt besonders im Protoplasma vielfach Abweichungen von der Norm, während der Kern seine typische Gestalt, besonders die eigenartige Anordnung der Chromatinkörnchen in der Peripherie meist länger bewahrt. Überhaupt werden Degenerationszeichen häufig an den Plasmazellen beobachtet,

[1]) l. c.

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sie sind meinen Erfahrungen nach außerordentlich empfindlich und neigen sehr zu regressiven Veränderungen der verschiedensten Art. Abgesehen von den vielfachen Veränderungen der Zellformen zeigt, wie erwähnt, die normale Anordnung des Chromatins in der Peripherie des Zellprotoplasma häufig Abweichungen, das Protoplasma färbt sich in toto nach Thionin dunkelblau, auch der Kern pflegt allmählich stärker zu degenerieren, auch er wird kleiner und unregelmäßiger, färbt sich diffus, so daß die Diagnose der Plasmazellen gelegentlich einige Schwierigkeiten machen kann. Weiter werden nicht selten Vacuolen im Protoplasma beobachtet, zuweilen ist die ganze Plasmazelle in eine große Zyste umgewandelt, die an Umfang die normale Plasmazelle weit übertrifft, gelegentlich teilen feine Septen die Zyste in verschiedene mit einem mattblauen homogenen Inhalt gefüllte Kammern, in jedem Falle konnte der stark an der Peripherie verlagerte, vielfach geschrumpfte, Kern nachgewiesen werden, zuweilen war auch dann die typische Anordnung der Chromatinkörnchen im Kern noch erhalten und für die Diagnose der zystisch degenerierten Plasmazellen von Wert.

Schon in den Zentralwindungen treten die Plasmazellen zum Teil ganz wesentlich an Zahl gegenüber dem Gyr. front. zurück, und sie wurden noch seltener im Gyr. occipitalis gefunden, aber auch dort in keinem Falle vermißt, selbst dann nicht, wenn der Plasmazellgehalt schon im Gyr. front. ein recht spärlicher war. Zuweilen gelang es dann erst nach sorgfältiger Durchsuchung einer großen Anzahl von Schnitten aus dem Hinterhauptlappen typische Plasmazellen aufzufinden. — Der Plasmazellbefund beschränkt sich nicht auf die Rinde und die darunter liegende Marksubstanz, vielmehr war bei allen paralytischen Gehirnen, die daraufhin untersucht wurden, der Befund auch in den tiefer gelegenen Teilen des Zentralnervensystems, in den zentralen Ganglien, im Cerebellum und Rückenmark positiv. Die Zahl der Plasmazellen war allerdings wesentlich eingeschränkt, in keinem Falle kam sie quantitativ annähernd dem Gyr. frontalis gleich. Am reichlichsten fanden sich die Plasmazellinfiltrate im Thalamus opt., gelegentlich begegnet man hier auch deutlichen Zellkränzen, die zum größten Teil aus Plasmazellen bestehen; meist lagern die Zellen vereinzelt in den Gefäßscheiden. Weit spärlicher ließen sie sich im Kleinhirn und Rückenmark nachweisen, aber auch hier wurden sie in keinem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Falle vollständig vermißt; meistens handelte es sich besonders im Rückenmark um auffallend kleine verkümmerte Zellen, doch wurden auch gut erhaltene typische Plasmazellen nicht selten beobachtet. Jedenfalls beweist das Vorhandensein der Plasmazellinfiltrate im Großhirn sowohl wie im Cerebellum und der Medulla spinalis, daß der der Paralyse zugrunde liegende entzündliche Prozeß in mehr oder weniger intensiver Weise das ganze Zentralnervensystem befällt, wie denn auch Erkrankungen des Rückenmark besonders in der Form atypischer Strangdegeneration zu den regelmäßigen, sklerotische Herde und sonstige histopathologische Veränderungen im Kleinhirn zu den häufigen Befunden bei der Paralyse zu zählen sind.

Ich möchte nunmehr auf die 4 Fälle zurückkommen, bei denen der pathologisch-anatomische Befund die klinische zum Teil allerdings mit Vorbehalt gestellte Diagnose nicht bestätigen konnte.

Der erste Fall betraf einen 51 jährigen ledigen Reisenden. In der Ätiologie spielte neben der Heredität namentlich der Alkohol eine große Rolle, Lues wurde negiert. Pat. hat ein vielbewegtes Leben hinter sich, ist verschiedentlich wegen Betrug, Zechprellerei mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten; sonst fehlen nähere anamnestische Mitteilungen. Die Dauer der Erkrankung betrug $3^3/_4$ Jahr. Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich die Pupillen beiderseits gleich weit, sehr eng, ihre Reaktion auf Lichteinfall wohl vorhanden aber sehr herabgesetzt. Augenbewegungen waren frei, die Gesichtshälften schlaff innerviert, aber keine deutliche Differenz. Die Zunge kam unter starkem Zittern gerade heraus, die Sprache war undeutlich, verwaschen, doch keine ausgesprochene artikulatorische Störung. Die Funktion der Sphinkteren geordnet. Die Patellarreflexe waren beiderseits lebhaft gesteigert, an den übrigen Reflexen nichts Bemerkenswertes. Der Gang etwas breitspurig, unsicher; leichter Romberg; Sensibilitätsstörungen nicht sicher nachweisbar. Im übrigen ließ sich eine Verbreiterung des Herzens nach links nachweisen, die Herztöne waren unrein, aber kein deutliches Geräusch, die Art. radialis ebenso wie die Temporalis stark geschlängelt und rigide.

Psychisch bot der Kranke dauernd das Bild eines ziemlich erheblichen euphorischen Schwachsinns. Bei leidlicher Orientierung zeigte sich eine deutliche Schwäche im Urteil, eine erhebliche gemütliche Stumpfheit, die besonders auch auf ethischem Gebiete hervortrat. Gelegentlich traten Schwindelanfälle auf, zuweilen mit längerer Bewußtseinstrübung, doch blieb der psychische Zustand während des dreijährigen Anstaltsaufenthaltes ziemlich stationär, zeigte jedenfalls wenig Neigung zur Progression. Der Tod erfolgte plötzlich unter den Erscheinungen der Gehirnblutung.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Sektion ergab: Hypertrophie des Herzens, chron. Endokarditis, Atherom der Aorta und Coronargefäße. Chron. Nephrit. Leptomening. chron. diffusa mäßigen Grades, schwere atheromatöse Erkrankung der basalen Gefäße. Ausgedehnte frische Blutung in die rechten Großhirnganglien mit Erweichung des umgebenden Gewebes. Zahlreiche kleinere und größere Zysten in beiden Hemisphären, narbige Einziehung und kleine sklerotische Herde in der Rinde. Beiderseits Dilatation der Ventrikel, keine Ependymgranulationen. — Mikroskopischer Befund: Normale Schichtung wenig gestört, fleckweise stärkerer Ausfall von Ganglienzellen, chronisch atrophische Veränderungen der erhaltenen Zellen, Vermehrung der zelligen Glia, doch nur stellenweise, besonders in der Umgebung der Gefäße, frische Wucherungserscheinungen; starke Vermehrung der fasrigen Glia, Verdickung des subpialen Filzes, narbige Einziehungen der Rinde, ausgesprochene perivaskuläre Gliose mit reichlicher Spinnenzellenbildung. Sklerotische Herde in der Umgebung der Gefäße, vereinzelt kleinere offenbar noch frischere Erweichungsherde. Starke hyaline Degeneration der mittelgroßen Gefäße, keine Kapillarneubildung, nirgends Wucherungserscheinungen, lediglich regressive Veränderungen der Gefäßwandzellen an den Kapillaren. Keine Lymphscheideninfiltrate, keine Plasmazellen; auch Stäbchenzellen nirgends nachweisbar. Auch in der den frischen Bluterguß in den rechten Großhirnganglien umgebenden Erweichungszone keine Plasmazellen, ebenso in der Umgebung der in größerer Anzahl nachweisbaren offenbar apoplektischen Zysten.

Im Rückenmark, abgesehen von einer Verbreiterung der Randglia und der auch hier sehr ausgesprochenen Gefäßdegeneration, keine Veränderung.

Die Diagnose Paralyse, die bei dem Alter des Kranken, dem psychischen Verhalten, den Lähmungserscheinungen, Schwindelanfällen wohl nahe lag, konnte nach dem mikroskopischen Befund nicht aufrecht erhalten werden, es handelte sich offenbar um eine arteriosklerotische Demenz.

In dem 2. Falle lag eine Verwechslung mit der Lues cerebri vor.

Der 35jährige in kinderloser Ehe lebende Arbeiter M. erlitt 8 Jahre vor seiner Aufnahme einen Schlaganfall, über dessen Natur Näheres nicht bekannt ist, auch sonst sind die anamnestischen Mitteilungen sehr dürftig. Seit vielen Jahren Stockschnupfen, Sattelnase, häufig Kopfschmerzen. Lues wird zugegeben. Wurde plötzlich erregt, drohte seine Frau zu erstechen, war gänzlich verwirrt und wurde in dem Zustande der Anstalt zugeführt. Die körperliche Untersuchung ergab bei dem abgemagerten, blassen Kranken verschiedene Lähmungserscheinungen. Die rechte Lidspalte war enger als die linke, die rechte Gesichtshälfte weniger innerviert wie links. Pupillen gleich, ziemlich weit, reagierten nur wenig auf Lichteinfall. Die Zunge zitterte lebhaft, wich aber nicht ab. Die Sprache un-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutlich verwaschen, bei schwierigen Worten mäßige Störungen der Artikulation. Die inneren Organe gesund, keine Lähmungserscheinungen an den Extremitäten, nur die grobe Kraft links etwas herabgesetzt. Die Patellarreflexe beiderseits gleich lebhaft, die übrigen Reflexe normal. Der Gang breitspurig, unsicher, Torkeln bei schnellen Wendungen, Romberg angedeutet, keine Hirndruckerscheinungen, Erbrechen oder Pulsverlangsamung; Stauungspapille nicht sicher nachzuweisen.

Psychisch nach anfänglicher Unruhe das Bild vorgeschrittener Verblödung, stumpf, ohne Spontaneität, unfähig zu jeder Beschäftigung. Kurze Zeit vor dem Exitus wieder erregt, sehr unruhig, völlig verwirrt, grimassiert, fällt ständig nach der linken Seite, dreht sich auch im Bett immer nach links. Schluckstörungen; Pupillen eng, lichtstarr; völlig benommen, läßt unter sich. Vereinzelte meningitische Erscheinungen, schreit laut auf. Leib kahnförmig eingezogen, keine Genickstarre, Puls klein, frequent, Temperatur erhöht, dann Exitus. Die Sektion ergab: Myocard. chron. Beginnende hypostatische Pneumonie beider Lungen. Leptomening. chron. besonders an der Basis, der rechte Oculomotorius in derbes schwieliges Gewebe eingelagert, auf dem Durchschnitt mäßig atrophisch. Seitenventrikel erweitert, keine Ependymgranulationen. Rinde im Stirnteil verschmälert, blaß graurot. Im rechten Parietallappen eine gut walnußgroße sehr derbe, gegen die Umgebung scharf durch eine dicke Membran abgegrenzte, auf dem Durchschnitt käsige Geschwulst, die sich buckelartig nach außen abhebt, mit der Pia verwachsen ist, im übrigen tief in die weiße Substanz hinein ragt; das übrige Gehirn, auch das Rückenmark, ohne grob anatomische Veränderung.

Mikroskopischer Befund: Mäßige Verschmälerung der Rinde, bei gut erhaltener Schichtung. Spärlicher Ganglienzellausfall, in den erhaltenen Zellen teils mehr chron. atrophische, teils chromatolytische Veränderungen wechselnden Grades. Mäßige Vermehrung der zelligen und fasrigen Glia, keine frischen Proliferationserscheinungen an der Stützsubstanz. Gefäße verdickt, adventitielles Bindegewebe vermehrt, auch hier keine Wucherungsvorgänge an den Gefäßzellen, keine Kapillarneubildung, nirgends Lymphscheideninfiltrate, keine Plasma-, keine Stäbchenzellen. Die Tangentialfasern mäßig gelichtet. Der Tumor im rechten Parietallappen bot das Bild der verkästen Gummigeschwulst, nach außen durch eine derbe schwielige Membran überall abgegrenzt, nur an relativ spärlichen Stellen frisches Granulationsgewebe, hier auch Plasmazellen in mäßiger Zahl, aber lediglich auf diese Stellen beschränkt.

Beim dritten Falle, der nach dem klinischen Verlauf als Paralyse aufgefaßt wurde, handelte es sich um eine 55jährige Frau, verheiratet, Mutter von 3 Kindern. Nach der Anamnese die weder für Heredität noch Potus oder Lues Anhaltspunkte gibt, soll Pat. vor 2 Jahren wiederholt Zustände von Besinnungslosigkeit gehabt haben. Seitdem ist sie verwirrt, erregt und verblödet rapide. In der Anstalt das Bild vorgeschrittener Demenz,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

äußert sich gar nicht, vollständig hülflos, dauernd bettlägerig, Neigung zu Kontrakturen in den unteren Extremitäten, sehr häufig unsauber. Pupillen, soweit die außerordentlich erschwerte Untersuchung es zuläßt, gleich eng und starr, die Patellarreflexe gesteigert. Langsamer aber stetiger Verfall der Körperkräfte, starke Schluckbeschwerden, Tod im Marasmus.

Sektion: Chron. Myokarditis. Lungenemphysem. Mäßiges Atherom der basalen Gefäße. Verdickte stellenweise adhärente Pia. Starke Atrophie der Rinde, besonders links im Gyr. front. und parietalis mit kammartiger Verschmälerung der Windungen. Dilatation der Ventr., besonders des linken Seitenventrikels.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine diffuse über die ganze Rinde verbreitete organische Erkrankung, die in ihrer Intensität allerdings erheblich wechselte und besonders in den schon makroskopisch durch die starke Verschmälerung der Windungszüge auffallenden Gehirnteilen am ausgesprochensten war. Die Ganglienzellen waren mehr oder weniger stark ausgefallen, die erhaltenen Zellen durchweg schwer atrophisch; dem Untergang des Parenchyms entsprechend eine starke Wucherung der Glia, besonders der fasrigen Glia, am lebhaftesten in der oberflächlichen Rinde; hier oft tiefgehende Narbenbildung, starke perivaskuläre Gliose; auch im Mark, entsprechend dem Schwund der Markfasern, Vermehrung der Glia. Vorgeschrittene hyaline Degeneration besonders an den kleinen Arterien der oberflächlichen Schicht, stellenweise Obliteration des Lumens. Keine Plasmazellinfiltrate, keine Stäbchenzellen, nirgends Wucherungserscheinungen an den Gefäßzellen, lediglich regressive Veränderungen. Im Mark wie Rinde zuweilen kleine sklerotische Herde, besonders um die Gefäße. Im Rückenmark kein wesentlicher Befund.

Auch in diesem Falle handelte es sich nicht um eine Paralyse, wie nach dem klinischen Bilde wohl vermutet werden konnte, sondern um eine durch Arteriosklerose besonders der kleineren Gehirngefäße bedingte organische Erkrankung. Schwieriger war die Diagnose bei dem letzten Falle.

Hier handelte es sich um einen 51jährigen Speisewirt, verheiratet, Vater von 5 Kindern. Keine Heredität, keine Lues, auch stärkerer Potus wird in Abrede gestellt. Pat. war stets schwächlich und verschiedentlich körperlich krank. 2 Jahre vor der Aufnahme Lungenblutung, seitdem Gedächtnisschwäche, Klagen über Kopfschmerz, häufige Erregungszustände, die „in Krämpfen ausarteten“. Seit 2 Jahren angeblich auch mit der Sprache schlechter, recht verwirrt und benommen, unorientiert, findet sich nicht mehr zurecht, zu jeder Tätigkeit unfähig.

Bei der Aufnahme in lebhafter Erregung, sehr ängstlich, völlig verwirrt, spricht andauernd in kurzen abgerissenen Sätzen vor sich hin, ist nicht zu fixieren. Das psychische Bild, abgesehen von den durch Narcotica


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bedingten ruhigeren Zeiten, dauernd das gleiche, stets dieselbe ängstliche ratlose Agitation. Geht trotz guter Nahrungsaufnahme ständig zurück. Zwei Anfälle mit lebhaften Zuckungen in allen Extremitäten, ärztlicherseits nicht beobachtet; beiderseits leichte Ptosis, rechts etwas mehr wie links. Pupillen gleich, ziemlich eng, reagieren träge. Keine Augenmuskelstörung, die Gesichtshälften gleich innerviert. Sprache, soweit sich feststellen läßt, ohne deutliche Artikulationsstörung. Patellarreflexe normal, kein Romberg, keine Störungen des Ganges. Der Tod erfolgte plötzlich im Kollaps.

Sektion: Phthisis pulmonum. Nephrit. chron. Mäßige Leptomening. im Stirnteil, Oedem des Gehirns, leichtes Atherom der basalen Gefäße, sonst normaler Befund.

Mikroskopisch: Normale Schichtung der Rinde, Lagerung der Ganglienzellen erhalten, stellenweise spärlicher Ganglienzellausfall, chronisch atrophische und chromatolytische Veränderungen wechselnden Grades an den erhaltenen Zellen. Vermehrung der zelligen Glia, vereinzelt auch Zeichen einer frischen Gliazellwucherung. Ungleichmäßige Verdickung des subpialen Filzes, Vermehrung der Gliafasern in der oberflächlichen Schicht. Reichliche Spinnenzellbildung in der Umgebung der Mark- wie Rindengefäße. Keine Kapillarneubildung, keine Wucherungserscheinungen am Endothel. Nirgends Adventitialinfiltrate, keine Plasmazellen, dagegen vereinzelte stäbchenzellartige Gebilde im Gyr. front. Nur vereinzelt an den kleineren Rindengefäßen hyaline Gefäßdegeneration, sonst an den Gefäßen normale Verhältnisse. Pia nur im Stirnteil etwas verdickt, das kollagene Bindegewebe vermehrt. Kein Piainfiltrat. Rückenmarksbefund negativ.

Nach dem histopathologischen Befunde konnte an der Diagnose Paralyse, die nach der Anamnese und besonders auch auf Grund der Anfälle nahe lag, nicht festgehalten werden. Die gut erhaltene Rindenschichtung, die spärlichen Ausfallerscheinungen, der geringe Befund an den Gefäßen, das Fehlen jeder Gefäßneubildung, jeder Wucherung an den Gefäßzellen, abgesehen von den völlig mangelnden Gefäßinfiltraten, auch die spärliche Gliawucherung sprechen gegen eine Paralyse von über zweijähriger Dauer. Aus dem mikroskopischen Befund wird sich kaum ein Schluß auf die Art der Seelenstörung machen lassen, offenbar handelte es sich um eine chronische Erkrankung, die bereits zu Ausfallerscheinungen an den Ganglienzellen geführt hat.

Auf den Befund vereinzelter Stäbchenzellen im Stirnhirn möchte ich keinen allzu großen Wert legen, sie fehlen allerdings bei der Paralyse niemals, ich habe aber auch bei anderen Psychosen, besonders bei der senilen Demenz, bei arteriosklerot. Hirnerkrankungen, weiter in einem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Dem. praec.-Gruppe angehörigen Falle, gelegentlich auch bei Epilepsie Stäbchenzellen oder wenigstens Gebilde, die den Stäbchenzellen außerordentlich ähnlich sind, nachweisen können, allerdings immer nur vereinzelt und niemals in den großen Mengen, wie sie gelegentlich bei der Paralyse gefunden werden. Auch ihre Abstammung aus der Gefäßadventitia scheint nach meinen Beobachtungen noch keineswegs sicher. Da, wo man sieht, wie die Adventitialzellen direkt von der Gefäßwand aus in das umgebende Gewebe hineinwuchern, wie ich mehrfach beobachten konnte, wird an ihrer mesodermalen Herkunft nicht zu zweifeln sein. Andererseits hat man bei den vereinzelt im Gewebe lagernden Stäbchenzellen vielfach den Eindruck, als ob es sich um degenerierte Gliazellformen handelte, man kann häufig direkte Übergänge zwischen typischen, in regressiver Veränderung begriffenen Gliazellen und diesen stäbchenzellartigen Gebilden beobachten. Vielleicht sind diese Zellen, die man ihrer Form nach Stäbchenzellen nennt, nach ihrer Provenienz nichts Einheitliches, vielleicht können die in ihrer Gestalt sich vollkommen gleichenden Gebilde sowohl von der Gefäßadventitia wie von der Glia abstammen. Jedenfalls ist die Frage nach der Herkunft der Stäbchenzellen noch nicht abgeschlossen.

Von den übrigen 56 untersuchten Kranken, die der Paralysegruppe nicht angehörten, handelte es sich in 13 Fällen um Epilepsie, 4 gehörten der Dem. praecox, 7 der Dem. senilis, 1 dem manisch-depressiven Irresein an, 1 Fall mußte der chron. Paranoia, ein weiterer der Melanch. agitat. und 3 den Intoxikationspsychosen zugerechnet werden, während ein weiterer Fall dem hysterisch-degenerativen Irresein zugehörte. Bei allen diesen Fällen fehlten Plasmazellinfiltrate vollständig. Unter 14 Fällen von arteriosklerotischer Demenz ließen sich in 2 Fällen vereinzelte typische Plasmazellen nachweisen und zwar in der Umgebung einer Blutung, sonst wurden sie in der Rinde sowohl wie im übrigen Gehirn vermißt. Das gleiche gilt von einem Fall von sec. Dem. nach Paranoia, wo vereinzelte Plasmazellen lediglich im Kleinhirn in nächster Nähe eines kleinen, ziemlich frischen apoplektischen Herdes zu finden waren, ebenso bei einem anderen Falle von sec. Dem. nach einer Depressionspsychose, bei dem sich verschiedene verkäste Solitärtuberkel im Gehirn fanden. Hier lagerten zahlreiche große und schön erhaltene Plasmazellen in dem frischen tuberkulösen Granulationsgewebe an der Peripherie der Käseknoten, waren aber lediglich auf


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diese Stelle beschränkt, bis auf 2 Plasmazellen, die entfernt vom Tumor in der Gegend der Zentralwindung in der Adventitialscheide eines von der Pia in die Rinde einstrahlenden Gefäßes gefunden wurden. Bei einem weiteren Falle von sec. Dem., der nicht durch Herderkrankungen kompliziert war, fehlten sie vollständig. 4 von den untersuchten Fällen gehörten zur Imbezillität resp. Idiotie, bei 3 von ihnen verlief die Untersuchung auf Plasmazellen negativ, während sie in dem 4. Fall, der an tuberkul. Meningo-Enzephalitis starb, im Bereich der entzündlichen Infiltration gefunden wurden, wenn auch nicht gerade in größerer Menge. Positiv war der Befund weiter bei einem Mädchen von 15 Jahren, das in schwer benommenem Zustande in die Anstalt gebracht wurde und nach 8 Tagen an einer vorzugsweise basalen tuberkulösen Meningo-Enzephalitis starb, hier waren Plasmazellen in großer Menge nachweisbar, aber wie in dem soeben erwähnten Falle lediglich auf das Gebiet der tuberkulösen Entzündung beschränkt.

In einem Falle, wo sich bei primärem Karzinom der Bronchien und der r. Lunge zahlreiche metastatische Karzinomknoten über das ganze Gehirn zerstreut vorfanden, waren Plasmazellen weder in der Rinde noch in der Umgebung oder im Innern der Tumorknoten zu finden, während der Befund bei einem an der gummösen Form der Lues cerebri gestorbenen Manne positiv ausfiel, indem sich zahlreiche Plasmazellen in der Umgebung der Gummigeschwulst in einer Zone nachweisen ließen, in der auch eine ausgesprochene Gefäßneubildung, Wucherung der Endothelien, Proliferationsvorgänge an den Gliazellen besonders in der Form riesiger Spinnenzellen auf einen frischen produktiven Entzündungsprozeß hinwiesen. Im übrigen Gehirne fehlten Plasmazellen, sie waren lediglich auf die Umgebung der Geschwulst beschränkt.

Schließlich verlief die Untersuchung auf Plasmazellen auch positiv bei einer Geisteskranken, die an multipler Sklerose litt. Der Schwerpunkt der Erkrankung lag in diesem Falle im Rückenmarke und in der Med. oblong., die sklerotischen Veränderungen erstreckten sich vielfach fast über den ganzen Querschnitt, nur einzelne kleine Stellen waren verschont geblieben. Plasmazellen fanden sich mehrfach, aber immer nur vereinzelt, meistens zeigten sie vorgeschrittene regressive Veränderungen. Im Großhirn beschränkte sich die Sklerose vornehmlich auf eine Zone an der Decke der Seitenventrikel, die mehr oder weniger

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

breit in das Hemisphärenmark hineinragte und sich von der erhaltenen Marksubstanz scharf durch die graue Farbe, die derbere Konsistenz und das Zurücksinken absetzte. Auch der Balken war vollständig sklerotisch. Bei der mikroskopischen Untersuchung ließ sich zwischen erkranktem und annähernd normalem Mark eine Schicht abgrenzen, in der die zellige Glia außerordentlich lebhaft wucherte und sich auch an den Kapillaren Neubildungserscheinungen, vereinzelt auch Gefäßscheideninfiltrate, zeigten, kurz Veränderungen, die auf einen frischen entzündlichen Prozeß hinwiesen. In dieser Zone, gelegentlich auch in den Gefäßscheiden der bereits sklerotischen Hirnsubstanz, wurden Plasmazellen in mäßiger Anzahl gefunden, dagegen fehlten sie in der Rinde, die im übrigen spärliche pathologische Veränderungen bot, vollständig.

Endlich noch einige Worte über den Befund bei der geistesgesunden Frau, die an einem schnell wachsenden Sarkom der hinteren Schädelgrube starb. Auch hier war der Plasmazellenbefund positiv, sie fanden sich in erheblicher Anzahl in dem zarten, zellreichen Stroma zwischen den Tumorzellen, die zuweilen in Form großer, riesenzelliger Gebilde auftraten, waren aber lediglich auf den Tumor beschränkt.

Zu welchen Schlüssen berechtigen diese Beobachtungen? Ich kann zunächst auf Grund meiner Befunde die von allen Seiten betonte außerordentliche Bedeutung der Plasmazellinfiltrate in den Gefäßscheiden des Gehirns für die Histopathologie der progressiven Paralyse vollauf bestätigen, es gibt keine echte Paralyse, bei der sie sich in allerdings quantitativ sehr wechselndem Grade nicht nachweisen ließen; ihr Fehlen schließt, wie *Nissl* sagt, den paralytischen Prozeß aus. In den 4 ausführlicher mitgeteilten Fällen, bei denen auf Grund der klinischen Erscheinungen eine Paralyse diagnostiziert oder jedenfalls vermutet wurde, konnte die Diagnose, ganz abgesehen von dem Fehlen der Plasmazellen, auch nach dem sonstigen histopathologischen Befunde nicht aufrecht erhalten werden. Können wir also eine Paralyse ausschließen, wenn die Plasmazellen fehlen, so sind wir andererseits nicht berechtigt, überall da eine Paralyse zu diagnostizieren, wo sich Plasmazellen im Gehirn nachweisen lassen. Ich habe sie bei den verschiedensten psychischen Erkrankungen, die mit dem paralytischen Prozeß nichts


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu tun haben, bald nur vereinzelt, bald in größerer Anzahl gefunden, aber bei allen diesen Fällen nur dann, wenn sie durch irgendwelche Herderkrankungen, mag es sich um Blutungen, Erweichungsherde, Sklerosen, Geschwülste oder um entzündliche Prozesse tuberkulöser oder luischer Natur handeln, kompliziert waren, und auch da war ihr Auftreten lediglich auf die Herde und ihre nächste Umgebung beschränkt. Sie finden sich auch durchaus nicht bei allen Herderkrankungen, ich habe sie bei zahlreichen alten apoplektischen Zysten, narbigen Veränderungen und Sklerosen, bei denen die Erkrankung bereits zum Abschluß gekommen war, weiter auch bei frischen Blutungen und Erweichungen vermißt, sie finden sich meiner Ansicht nach nur dann, wenn in der nächsten Umgebung des Herdes ein akuter oder mehr subakut verlaufender entzündlicher Prozeß vor sich geht, auf den auch die Wucherungserscheinungen an der zelligen Glia, die produktiven Veränderungen an den Endothelien der Gefäße, die Kapillarneubildung hinweisen. Auch bei der diffusen tuberkulösen Meningo-Enzephalitis war das Vorkommen der Plasmazellinfiltrate lediglich auf die Stellen beschränkt, an denen das tuberkulöse Piainfiltrat sich unmittelbar auf die darunter liegende Hirnsubstanz fortsetzte; das gleiche gilt auch von der luischen Meningo-Enzephalitis.

Jedenfalls fanden sich die Plasmazellinfiltrate in allen diesen Fällen nur an umschriebener Stelle; sie sind gewissermaßen gebunden an herdartige Erkrankungen des Gehirns, während sie bei der Paralyse durchaus diffus auftraten, sich nicht nur auf die Rinde beschränkten, sondern in allen Fällen, die darauf untersucht wurden, auch im Kleinhirn, in den zentralen Ganglien und im Rückenmark in allerdings sehr wechselnder Anzahl nachgewiesen werden konnten, ein Zeichen dafür, daß der der Paralyse zugrunde liegende entzündliche Prozeß sich über das ganze Zentralnervensystem auszudehnen pflegt. Gerade die diffuse Verbreitung der Plasmainfiltrate ist höchst charakteristisch für die Paralyse und wertvoll für die differentialdiagnostische Abgrenzung, vor allem auch der luischen Meningo-Enzephalitis gegenüber, die zuweilen sich diffus über den größten Teil der Pia und der Rinde ausdehnt und in der Rinde häufig Bilder schafft, die der Paralyse außerordentlich ähnlich sind. Hier würde der Nachweis der Plasmazellinfiltrate in den tiefer gelegenen Hirnteilen, wie z. B. in den zentralen Ganglien, wo von einer



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

direkten Beziehung zu dem Piainfiltrat kaum die Rede sein kann, von diagnostischem Wert sein.

Über Fälle von jugendlicher Idiotie verbunden mit Epilepsie verfüge ich nicht, kann also zu der Frage, ob diese Fälle, bei denen eine diffuse Plasmazellinfiltration gelegentlich von *Vogt* und *Havet* gefunden wurde, der Paralyse angehören oder ein selbständiges Krankheitsbild ergeben, das sich dann histopathologisch durch den Plasmazellbefund nicht von der Paralyse unterscheiden würde, aus eigener Beobachtung keine Stellung nehmen. Jedenfalls bedürfen diese vereinzelt beobachteten Fälle noch sehr der Klärung, bevor sich ein abschließendes Urteil geben läßt. Ich kann auf Grund meiner Untersuchungen nur die außerordentliche Bedeutung der Plasmazellinfiltrate für die Paralyse betonen und kann bestätigen, daß es keine Paralyse gibt, bei der sie fehlen. Jedoch gestattet das vereinzelte Auftreten der Plasmazellen keineswegs den Schluß auf eine Paralyse. Vereinzelt an umschriebener Stelle finden sie sich auch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems als Teilerscheinung eines Entzündungsprozesses, der sich subakut an den Gefäßwänden abspielt. Erst ihr diffuses Auftreten im ganzen Zentralnervensystem, das bislang mit Sicherheit bei keiner anderen Erkrankung nachgewiesen werden konnte, wie wir einen diffusen Gefäßwandentzündungsprozeß bisher nur bei der Paralyse kennen, darf zurzeit als charakteristisch für die Paralyse bezeichnet werden.

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Über Geisteskrankheit bei Geschwistern.

Von

Dr. **H. O. Schlub** in Préfargier, Neuenburg.

Seit der Arbeit *Siolis* „über direkte Vererbung von Geisteskrankheiten" besteht die Forschung nach klinischen Grundsätzen neben der Massenstatistik auf dem Gebiete des Problems der Vererbung psychischer Krankheiten zu Recht.

Unter den zahlreichen Arbeiten dieser Art gibt es aber, soweit ich sehe, nur eine, die eine gesonderte Darstellung der Geisteskrankheiten bei Geschwistern enthält, nämlich diejenige *Geisers* „über familiäre Geisteskrankheiten". Und doch findet sich gerade bei Geschwistern die Forderung „ceteris paribus" viel weitgehender erfüllt als beim Verhältnis von Eltern zu Kindern.

Geschwister haben die gleichen Eltern, stehen also auf demselben psychopathologischen Boden, sie sind auch meist den gleichen ätiologisch wichtigen äußeren Bedingungen ausgesetzt. Die Eltern dagegen waren nicht nur anderen Einflüssen ausgesetzt als ihre Kinder, sondern sie sind auch das Produkt anderer und zahlreicherer Erzeuger.

Wenn sich daher Geschwister finden, die an zwei von Grund aus verschiedenen Psychosen erkranken, ich denke besonders an Dementia praecox und manisch-depressives Irresein, so ist das von größerer Bedeutung, als wenn sich diese beiden Psychosen bei Eltern und Kindern finden, eben weil die übrigen Umstände bei Geschwistern viel eher gleichartig sein können als bei Aszendenten und Deszendenten.

Nun wird man freilich sehen, daß bei den im folgenden mitgeteilten 65 Krankengeschichten nur in 30 Familien, also nicht einmal in der Hälfte, Geisteskrankheit bei Eltern und Kindern angegeben ist, und



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man kann einwenden, daß die übrigen 35 für die Beleuchtung des Erblichkeitsproblems ohne Bedeutung seien. Dem ist entgegenzuhalten, daß erstens eine Erblichkeit von nur 46% der Wirklichkeit nicht entspricht, daß eben, wie so oft, die Angaben mangelhaft sind. Und zweitens wird man sehen, daß die Verhältniszahl der gleichartigen Erkrankungen innerhalb der Geschwistergruppen dieselbe bleibt, gleichviel, ob die Anamnese bei den Eltern Geisteskrankheit angibt oder nicht, was doch wohl zu dem Schlusse berechtigt, daß unter unsern 65 Familien erbliche Belastung in viel stärkerem Verhältnis vorhanden ist, als die 46 Prozent glauben lassen könnten.

Unsere Beobachtungen geisteskranker Geschwister sind zum Teil der Literatur, zum Teil den Krankengeschichten der Anstalt Préfargier entnommen. Alle Familiennamen sind erfunden.

Wir trennen unser Material nach den folgenden Gesichtspunkten:

A. Geschwister, deren Eltern geisteskrank sind.

B. Geschwister, deren Eltern nicht geisteskrank sind.

C. Geschwister von Eltern mit unbekannter geistiger Verfassung.

In der Rubrik A, Eltern geisteskrank, ist entweder I. nur der Vater geisteskrank, oder II. nur die Mutter geisteskrank, oder endlich III. Vater und Mutter geisteskrank.

In der Rubrik B, Eltern nicht geisteskrank, sind entweder I. die Eltern überhaupt gesund oder II. die Eltern anderweitig krank.

In der Rubrik C sind nur solche Geschwister untergebracht, bei denen weder über den Vater noch über die Mutter etwas zu erfahren war.

In jeder Unterabteilung werden a) Brüder, b) Schwestern, c) Brüder und Schwestern gruppenweise zusammengestellt.

Es ergibt sich also folgendes Einteilungsschema:

A. Geschwister, deren Eltern geisteskrank.

I. Vater II. Mutter III. Beide geisteskrank

a b c a b c a b c

B. Geschwister, deren Eltern nicht geisteskrank.

I. Eltern gesund II. Eltern sonst krank

a b c a b c

C. Geschwister, deren Eltern unbekannt.

a b c


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankengeschichten.

A) Geschwister, deren Eltern geisteskrank sind.

I. Vater geisteskrank.

a) Brüder.

1. Familie Fischer. (Mitgeteilt von *Harbolla.*)

Vater macht 16jährig eine manisch-depressive Phase durch. Geheilt, auch 40 Jahre später.

Mutter eigentümlich.

Sohn Sigmund, geb. 1860.

Starrsinnig und leicht erregbar, macht schlechte Geschäfte als Schlosser. Maniakalische Erregung, 25jährig, mit Größenwahn. Zerreißt, Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Ohne Depression nach 9 Monaten geheilt.

Sohn Hugo, geb. 1863.

Schwächlich.

19jährig, erregt, ausgelassen. Gehörshalluzinationen. Größenwahn. Ohne Depression nach 8 Monaten geheilt.

2. Familie Loder. (Mitgeteilt von *Kölpin.*)

Vater hat alle 3 bis 4 Jahre Erregungszustände.

Mutter unbekannt.

Sohn August, geb. 1876.

Typhus 10jährig, später Krämpfe. In den letzten Jahren bald gesprächig und lebhaft, bald teilnahmlos und schweigsam. 26jährig wegen Zechprellerei verhaftet, nachdem er sein Geld in lustiger Gesellschaft vertan. In der Anstalt schwatzt er dummes Zeug, hetzt Kranke gegen die Wärter.

Sohn Willy, geb. 1878.

Krämpfe im Anschluß an einen Fall.

Erkrankt 22jährig an Verfolgungsideen, gibt viel Geld aus, alarmiert die Garnison. Größenwahn. Nach 1 Jahr entlassen. Zu Hause menschenscheu.

A. I. b) Schwestern.

3. Familie Schumann. (Mitgeteilt von *Sioli*).

Vater hat mehrere manisch-depressive Phasen durchgemacht, endete in geistiger Abstumpfung.

Mutter neigte zu religiösem Fanatismus.

Tochter Marie, geb. 1849.

Geistige Anlagen, Entwicklung normal. Erkrankt 28jährig, zuerst in sich gekehrt, dann erregt, halluziniert. Verwirrtheit, Wutanfälle, Sinnestäuschungen, Größenideen. Nach 2 Jahren geheilt.

Tochter Selma, geb. 1852.

Gute Schülerin, Rhachitische Skoliose. Erkrankt 24jährig mit Beängstigung, dann Erregung. Anstalt. Bald heiter, bald trüb. Halluziniert, Verwirrtheit. Ausgang in Stumpfsinn.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Familie Perron. (Mitgeteilt von *Fouque.*)
Vater war in einer Irrenanstalt.
Mutter unbekannt.
Tochter Marie, geb. 1846.
Macht 18jährig mehrere Selbstmordversuche. Aufregungszustände wechseln mit Depressionen und hypochondrischen Zuständen, später periodische Stuporzustände. Andauernd depressive Perioden.
Tochter Françoise, geb. 1849.
Macht ebenfalls 18jährig zwei Selbstmordversuche. Periodische Depressionen. Später kamen auch maniakalische Perioden hinzu. Andauernder Wechsel mit Negativismus.

5. Familie Maury. (Mitgeteilt von *Fouque.*)
Vater Trinker, hat sich erhängt.
Mutter unbekannt.
Tochter Marianne, geb. 1844.
Erkrankt 46jährig, Aufregung, gewalttätig. Heilung in der Anstalt. Zweite Erkrankung 53jährig. Tiefe Depression, Selbstmordversuch. Nahrungsverweigerung. Schreckhafte Sinnestäuschungen. Geheilt.
Tochter Victorine, geb. 1857.
Typhus im Alter von 10 Jahren. Erkrankte 39jährig nach dem Tod des älteren Kindes. Schrie fortwährend und zerbrach alles. Sinnestäuschungen. Nach einigen Wochen geheilt. Zweite Erkrankung 51jährig, Aufregung, Sinnestäuschungen, gewalttätig. Gefolgt von leichter Depression, dann Heilung.

6. Familie Quille. (Mitgeteilt von *Geiser.*)
Vater war in einer Irrenanstalt.
Mutter unbekannt.
Tochter Julie, geb. 1834.
Erkrankt 53jährig. Glaubt sich vom Arzt und vom Staatsanwalt verfolgt, sie will den letztern von seiner Stelle bringen.
Tochter Luise, geb. 1837.
Erkrankt 50jährig mit Mißtrauen gegen den Arzt, der ihrer Schwester Gift gegeben und sie selbst verhindert hat, eine Erbschaft zu machen. Streitsüchtig.

7. Familie Soral. (Mitgeteilt von *Marandon.*)
Vater war sein Lebenlang melancholisch-hypochondrisch.
Mutter vollständig normal.
Giroflé und Girofla, Zwillingsschwestern.
Von unglaublicher Ähnlichkeit in jeder Hinsicht. Auf den Tag übereinstimmende Entwicklung, gleiche Kinderkrankheiten. Im 16. Jahre am selben Tage verheiratet, dann zum ersten Male getrennt.
Nach 2 Jahren, beide im 4. Schwangerschaftsmonat, ohne sich seitdem gesehen zu haben, erkrankten sie am selben Tage an


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem maniakalischen Aufregungszustande mit vollständig übereinstimmendem Verlauf. Beide waren hochgradig erotisch, sahen den Teufel und hörten himmlische Stimmen. Beide gebaren innerhalb 48 Stunden einen Knaben und wurden nach der Entbindung ruhiger.

1 Monat nach der Geburt waren beide geheilt und waren es noch 1 Jahr später.

8. Familie Thormann. (Mitgeteilt von *Euphrat.*)
Vater starb im Delirium, starker Trinker.
Mutter mit 74 Jahren gesund.
Tochter Laura, geb. 1846.

Verheiratet sich 25jährig, Scheidung nach 3 Monaten. Hochgradige Nervosität im 30. Jahre.

Erkrankt 38jährig an Sinnestäuschungen erotischen Inhalts; auch 2 Jahre später dieselben Wahnideen, schreit oft nachts.

Tochter Cäcilia, Zwillingsschwester der Laura, ohne äußere Ähnlichkeit, aber geistig einander eng verbunden. Sehr beunruhigt durch die Krankheit der Schwester. Erkrankt selbst 40jährig an erotischen Sinnestäuschungen.

A. I. c) Brüder und Schwestern.

9. Familie Keller. (Mitgeteilt von *Harbolla.*)
Vater erkrankt 65jährig an Melancholie.
Mutter unbekannt.
Sohn Georg, geb. 1848.

Eigentümlicher Charakter, Offizier, Trinker. Erkrankt 34jährig an schwerem halluzinatorischen Exaltationszustand. Nach 2 Jahren genesen.

38jährig zweite Erkrankung: Ideenflucht, Aufregung, Sinnestäuschungen. Später stereotype Bewegungen, Verbigeration, Automatismen.

Tochter Charlotte, geb. 1860.

Erkrankt 25jährig: gedrückte Stimmung, Selbstmordideen. Zwischendurch unmotiviertes Auflachen oder stundenlang in sich versunkenes Dasitzen. Hört Stimmen. Übergang in Demenz.

10. Familie Dankwart. (Mitgeteilt von *Wille.*)
Vater hat mehrere maniakalische und einen depressiven Zustand durchgemacht, endete in seniler Verblödung.
Mutter gesund.
Tochter Susanne, geb. 1844.

Seit der Pubertät schwerhörig. Erkrankt 51jährig mit hypochondrischen Beschwerden, Lebensüberdruß. Gehörstäuschungen. Zunehmende gemütliche Stumpfheit. Wahnideen.

Sohn Ernst, geb. 1847.

Schwerhörig, fröhlicher Gesellschafter. Erkrankt 31jährig, zuerst


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reizbar und unternehmungslustig, dann mutlos. 6 Anstaltsaufenthalte. Seit dem 50. Jahre dauernd energielos, Angstzustände, Selbstmordideen, leichte gemütliche und moralische Schwächung.

Sohn Gustav, geb. 1851.

Häufig Kopfweh, bisweilen Alkoholexzesse. Erste Erkrankung 24jährig, geheilt. Im 33. Jahre Erregtheit, halluziniert, zerstört; nach einigen Monaten geheilt. Noch mehrere Anfälle, der letzte 50jährig, diesmal mit geistigem Defekt.

Tochter Anna, geb. 1853.

Immer schwächlich. Schwerhörig. Erkrankt im 42. Jahre, schwermütig, Selbstmordversuch. Ängstliche Wahnideen. Ausgang in Stumpfsinn, bisweilen ängstlich und gewalttätig.

11. Familie Koch. (Mitgeteilt von *Wille.*)

Vater erkrankt 27jährig, Aufregungszustand. Lärmend, gehobenes Selbstgefühl. Nach einigen Monaten geheilt, seitdem gesund.

Mutter unbekannt.

Sohn Ernst, geb. 1877.

Erkrankt 24jährig, fühlt seine Kräfte abnehmen, reizbar. Später Aufregung und Zerstörungssucht. Häufige Stuporzustände und gemütliche Abstumpfung.

Tochter Anna, geb. 1882.

Reizbar, eigensinnig, frömmelnd. Erkrankt 20jährig: wechselnde Stimmung, Halluzinationen, zeitweise gewalttätig. Kurzdauernde Stuporzustände. Nach 6 Monaten geheilt.

12. Familie Neidhard. (Mitgeteilt von *Wille.*)

Vater erkrankt mehrmals an Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, zuerst 34jährig. Schließlich verblödet.

Mutter unbekannt.

Sohn Georg, geb. 1857.

Wird im 26. Jahre boshaft und unruhig, verschlossen. Nach einjähriger Krankheit wieder ruhig und fleißig, aber unselbständig, menschenscheu und wortkarg.

Sohn Adolf, geb. 1862.

Von Jugend auf geistig schwach. Erkrankt 21jährig: heftig, zerstörungssüchtig. Bleibt unzugänglich, staunt vor sich hin.

Tochter Dorothea, geb. 1864.

Von Jugend auf geistig schwach. Erkrankt 24jährig: störrisch, betet viel, glaubt, sie sei eine Heilige. Nach 1 Jahre verblödet, bisweilen aufgeregt.

13. Familie Guilloud. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Vater hat zweimal Delirium tremens gehabt.

Mutter gesund.

Sohn Louis, geb. 1876.





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gerät 14jährig in traurige Stimmung; Wahnideen, bedroht seine Eltern. Später Verfolgungsdelirien und Sinnestäuschungen; kurze Remissionen. Mit 27 Jahren katatone Verblödung, reiner Automat.

Tochter Marie, geb. 1885.

Ungefähr 14jährig nächtliche Angst- und Aufregungszustände. 18jährig vollständige Verblödung mit Negativismus und Erregungszuständen.

14. Familie Barres.

Vater im 36. Jahre während einiger Monate deprimiert. Dauernd geheilt.

Mutter gesund.

Sohn Caesar, geb. 1854.

Erkrankt 28jährig an Aufregungszustand, Verfolgungsideen. Endet in Schwachsinn, muß 50jährig wie ein Kind gepflegt werden, ist aber sauber und ißt allein.

Tochter Mathilde, geb. 1868.

Frohes Gemüt. Ischias mit 29 Jahren. Erkrankt 38jährig: glaubt, man wolle sie töten; Sinnestäuschungen, Selbstanklagen. Nach 5 Monaten geheilt. 41jährig kurze Hypomanie.

15. Familie Gotteron.

Vater mehrmals interniert wegen Depressions- und Aufregungszuständen, zuerst im 30. Jahre. Starb 48jährig, verkommen.

Mutter geistig gesund. Starb 62 Jahre alt.

Tochter Cécile, geb. 1861.

Erkrankt 21jährig an Depressionszustand mit Sinnestäuschungen und Wahnideen; später aufgeregt, maniakalisch, gewalttätig. Seitdem noch mehrere Aufregungszustände. 48jährig: Hypomanie.

Sohn Fritz, geb. 1868.

Erkrankt 27jährig: nach kurzer Depression gewalttätig, impulsiv und in der Zwischenzeit stuporös, unrein, verweigert die Nahrung. Katatonische Stellungen. Stirbt 31jährig an chronischer Nephritis.

16. Familie Marey.

Vater hat sich 61jährig im Delirium tremens erhängt.

Mutter gesund.

Tochter Marie, geb. 1869.

Mit 8 Jahren Typhus. Ischias 33jährig. Erkrankt 35jährig an Verfolgungsideen, eifersüchtig. Beruhigt sich rasch; kindisch. Vernachlässigt den Haushalt, trinkt, mißhandelt ihren Knaben, verleumdet ihren Mann. In der Anstalt bald arbeitsam und ruhig, bald widerspenstig und untätig. Zunehmende Verblödung.

Sohn Eugen, geb. 1881.

Mit 17 Jahren melancholisch. Seit dem 24. Jahre mehrmals in

Digitized by Google



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anstalten wegen Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, Eifersuchts- und Verfolgungsideen. Später Wärter in einer Irrenanstalt.

17. **Familie Vallamand.**

Vater mehrmals in Anstalten wegen maniakalischer Erregung nach Alkoholexzeß, zum erstenmal 41jährig. Verbrachte die letzten 30 Jahre seines Lebens in der Anstalt, guter Arbeiter, verschlossen.

Mutter gesund.

Sohn Louis, geb. 1871.

Mehrmals Anstaltsaufenthalt, zum erstenmal im 17. Jahre. Meist in leichter stuporöser Depression, bisweilen kindische Aufregungszustände. Seit dem 35. Jahre nicht mehr interniert.

Tochter Mathilde geb. 1873.

Erkrankt 33jährig an Verfolgungsideen. Selbstanklagen, Angstzustände. Nach einigen Monaten typische maniakalische Erregung; beruhigt sich, arbeitet.

A. II. Mutter geisteskrank.

a) Brüder.

18. Familie Robinet. (Mitgeteilt von *Bourneville & Séglas.*)

Vater gesund.

Mutter leidet oft an Anfällen von Traurigkeit.

Sohn Vincent.

15jähriger Idiot, sanft. Kann allein essen, aber nicht sich selbst anziehen. Rein.

Sohn Joseph.

11jähriger Idiot, unruhig und zornig. Spricht nur einige Worte. Unrein.

Sohn Michel.

9jähriger Idiot, kann nicht stehen. Spricht nicht, schreit, ist reizbar. Unrein.

19. Familie Erler. (Mitgeteilt von *Vorster.*)

Vater unbekannt.

Mutter leidet an Dementia praecox.

Sohn Philipp, geb. 1851.

Erkrankt 35jährig im Gefängnis an Größenideen mit Sinnestäuschungen. Spricht ein eigenes Idiom. Mit 47 Jahren vollständig verblödet.

Sohn Gustav, geb. 1857.

Erkrankt 31jährig, glaubt sich verhext, im Essen ist Gift. Angstanfälle und Größenideen. Stirbt schwachsinnig im Alter von 33 Jahren.

20. Familie Roland. (Mitgeteilt von *Moreau.*)

Vater unbekannt.

Generated on 2019-03-09 23:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Public Domain in the United States, Google-digitized



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mutter war geisteskrank.

Zwillingsbrüder von großer Ähnlichkeit.

Beide haben dieselben Verfolgungsideen. Meist traurig und schweigsam. Trotzdem sie in zwei verschiedenen Anstalten untergebracht sind, so treten doch beide zur selben Zeit, oft am gleichen Tag, aus ihrem Stupor heraus und bringen dieselben Klagen und Wünsche vor.

A. II. b) Schwestern.

21. Familie Soland. (Mitgeteilt von *Vorster.*)

Vater unbekannt.

Mutter erkrankte 24jährig, anfangs Remissionen, später Ausgang in Dementia paranoides.

Tochter Pauline, geb. 1861.

Erkrankt 16jährig infolge eines Schreckens; unlenksam, läppisch, vorübergehend ordentlich und arbeitsam. Verblödete, unrein und untätig.

Tochter Bertha, geb. 1862.

Erkrankt zum ersten Male 18jährig mit Aufregung. 2 Jahre später Tobsucht und Zerstörungstrieb. Später sitzt sie in einer Ecke und lacht vor sich hin. Wurde nach 1 Jahre mit Defekt geheilt entlassen.

22. Familie Heinzelmann.

Vater ein Original.

Mutter hysterisch, vernachlässigte ihren Haushalt. Selbstmordversuch.

Tochter Laure, geb. 1878.

Verfolgungsideen im 14. Jahre, eigentümliche Ausdrucksweise. Mit 17 Jahren stuporös, katatonisch, läßt sich pflegen wie ein Kind. Arbeitet bisweilen ein wenig. Rasch zunehmende Verblödung, manchmal heftig und gewalttätig. Reibt sich die Finger wund.

Tochter Alice, geb. 1880.

Erkrankt 17jährig. Wahnideen und Halluzinationen ängstlichen Inhalts. Bisweilen aufgeregt. Mehrmals in Anstalten, immer geheilt. Sieht mit 27 Jahren aus wie 18jährig.

A. II. c) Brüder und Schwestern.

23. Familie Lorenz. (Mitgeteilt von *Sioli.*)

Vater gesund.

Mutter erkrankte zum ersten Male 35jährig, später noch mehrmals an halluzinatorischer Verrücktheit mit Depression. Jedesmal geheilt.

Tochter Albertine, geb. 1842.

Erkrankt 28jährig, bald still, bald aufgeregt. Sinnestäuschungen, stirbt nach einigen Jahren in einer Pflegeanstalt.

Sohn Albert, geb. 1845.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tüchtiger Gymnasiallehrer. Hat 34jährig hypochondrische Wahnideen, dann Aufregungszustand. Wechselnde Stimmung, Vergiftungsideen, Gehörshalluzinationen. Nach 1 Jahre geheilt.

Tochter Elfriede, geb. 1847.

Erkrankt 26jährig nach Enttäuschung an Angstanfall. Zerstörungssucht. Größenideen. Wird ruhig und stirbt nach 1 Jahre an Lungentuberkulose.

24. Familie Bauer. (Mitgeteilt von *Wille.*)

Vater unbekannt.

Mutter erkrankt 43jährig. Angstzustand. Selbstanklagen. Nach 1 Jahre stumpfsinnig und gleichgültig.

Tochter Johanna, geb. 1845.

Erkrankt 34jährig an hypochondrischen Wahnideen, später Erregungszustand. Wurde stuporös, unzugänglich.

Tochter Barbara, geb. 1849.

Wurde im 25. Jahre plötzlich sehr religiös, hatte himmlische Erscheinungen, Konvulsionen. Wurde später apathisch, unrein, mit kurzen Aufregungszuständen. Nach 2 Jahren geheilt. 30jährig: maniakalischer Anfall, beruhigt sich bald, bleibt übertrieben religiös. Stirbt 31jährig an Lungentuberkulose.

Sohn Gottfried, geb. 1860.

Erkrankt 28jährig an einem Depressionszustand, nach 3 Monaten geheilt. Später noch einmal ein Exaltations- und ein Depressionszustand, jedesmal geheilt.

Tochter Hedwig.

Reizbarer, streitsüchtiger Charakter. Machte mehrere depressive Phasen durch, jedesmal geheilt.

25. Familie Lager. (Mitgeteilt von *Vorster.*)

Vater unbekannt.

Mutter mehrere manisch-depressive Anfälle mit Selbstmordgedanken.

Tochter Henriette, geb. 1837.

Erkrankte 22jährig zum ersten Male an Manie, dann noch häufige manische Phasen von mehrmonatiger Dauer; in der Zwischenzeit zurückhaltend, leicht gehemmt. Nur einmal melancholische Verstimmung.

Sohn Paul, geb. 1839.

Häufiger Anstaltsaufenthalt wegen maniakalischer Erregung seit dem 16. Jahre. Nie deprimiert. Seit dem 57. Jahre ohne Anfälle, aber erheblicher Intelligenzdefekt.

26. Familie Bolle. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Vater hat ein Delirium tremens durchgemacht.

Mutter delirierte in den letzten Lebensjahren.

Tochter Anna, geb. 1834.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwieriger Charakter. 42jährig Apoplexie, 66jährig Hemiplegie mit Sprachstörung. Demenz, unreinlich. Halluzinationen. Stirbt 67jährig. Multiple Erweichungsherde.

Sohn Emil, geb. 1842.

Mit 19 Jahren Verfolgungsideen, mit 28 Jahren Anstalt. Inkohärente Größen- und Verfolgungsideen, katatone Haltungen im 60. Jahre.

A. III. Vater und Mutter geisteskrank.

a) Brüder.

27. Familie Blondeau. (Mitgeteilt von *Bourneville & Séglas.*)

Vater Epileptiker, Trinker, geistesschwach.

Mutter geistesschwach.

Sohn Philipp, geb. 1866.

Schwachsinniger Epileptiker, aber bildungsfähig.

Sohn Julien, geb. 1868.

Schwachsinniger Epileptiker, noch bildungsfähiger als sein Bruder.

A. III. c) Brüder und Schwestern.

28. Familie Dentu. (Mitgeteilt von *Chambard.*)

Vater beschränkter Egoist, Trinker.

Mutter war choreatisch, Nachtwandlerin.

Sohn Charles, 7 Jahre alt.

Leidet an Prurigo, der im Winter verschwindet, ist dann aufgeregt, zornig, schreit fortwährend. Während der Eruption ruhig.

Tochter Elise, 4½ Jahre alt.

Leidet an Zornanfällen, wälzt sich auf dem Boden und schreit.

29. Familie Brissard. (Mitgeteilt von *Pain.*)

Vater Trinker.

Mutter abwechslungsweise melancholisch und aufgeregt.

Sohn Charles.

Erkrankt mit 43 Jahren infolge eines Kummers an religiösen Wahnideen und Verfolgungsideen.

Tochter Adele.

Erkrankt mit 40 Jahren. Mystische und erotische Wahnideen. Halluzinationen, Verfolgungsideen.

Tochter Amélie.

Erkrankt ungefähr 40 jährig. Wahnideen. Verkehrt mit Gott mittelst Flatus. Abwechselnd aufgeregt und deprimiert.

30. Familie Erhard. (Mitgeteilt von *Wille.*)

Vater starker Trinker.

Mutter erkrankt 51 jährig, Selbstanklagen, Wahnideen. Wird immer stumpfer. Stirbt 64 jährig an Lungentuberkulose.

Tochter Elise, geb. 1867.

Erkrankt 19 jährig, aufgeregt, bösartig; später Wechsel zwischen Aufregung und Stupor. Verblödet, grimassiert beständig, nimmt eigentümliche Haltungen ein.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sohn Franz, geb. 1869.

Alter der Erkrankung unbekannt. Verfolgungsideen mit Wahnvorstellungen. Fabriziert eigene Wörter. Verhält sich ruhig zu Hause nach einer Entweichung.

B. Geschwister, deren Eltern nicht geisteskrank sind.

I. Eltern überhaupt gesund.

a) Brüder.

31. Familie Hylander. (Mitgeteilt von *Herfeldt.*)

Vater bedeutender Rechtsgelehrter.

Mutter unbekannt.

Sohn Adolf.

Direktor einer Gewerbeschule. Mehrere Anfälle von maniakalischer Erregtheit, mit Halluzinationen und Verfolgungsideen. Zum erstenmal 31 jährig.

Sohn Wilhelm, Zwillingsbruder Adolfs.

Gleicht ihm wenig, lebt örtlich getrennt. Zahlreiche Anfälle maniakalischer Erregtheit, Größenideen, Wahnvorstellungen, gewalttätig. Erster Anfall 30 jährig. Immer Heilung bei beiden Brüdern.

B. I. b) Schwestern.

32. Familie Vallon. (Mitgeteilt von *Ball.*)

Vater gesund.

Mutter starb jung im Wochenbett.

Tochter Luise, geb. 1854.

Entbehrungsreiches Leben. Erkrankt 29 jährig während der Krankenpflege ihres Mannes. Aufgeregt, gewalttätig. Halluzinationen und Wahnideen. Nach einigen Monaten ruhig und gleichgültig.

Tochter Laura.

Zwillingsschwester der Luise, große Ähnlichkeit, seit dem 14. Jahre getrennt. Erkrankt 4 Tage nach ihrer Schwester, die sie krank werden sah. Aufgeregt, gewalttätig. Hat ähnliche religiöse Wahnideen wie ihre Schwester. Beruhigt sich früher, hat aber noch Größenideen und Halluzinationen.

33. Familie Berthold.

Eltern gesund.

Tochter Angelika, geb. 1860.

Erkrankt 26 jährig, aufgeregt und gewalttätig. Sinnestäuschungen, andauernd heitere Stimmung. Nach 7 Monaten geheilt.

Tochter Konstanze, geb. 1865.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkrankt 22 jährig. Ideenflucht, Aufregung, gewalttätig, heitere Stimmung. Nach 3 Monaten deprimiert mit hypochondrischen Wahnideen. Im 6. Monat geheilt.

Tochter Laura, geb. 1869.

Erkrankt 18 jährig. Zuerst ängstlich, dann heitere Erregung. Nach 3 Monaten geheilt.

B. I. c) Brüder und Schwestern.

34. Familie Dittmar. (Mitgeteilt von *Moebius.*)

Eltern gesund.

Tochter Hermine.

Hatte als Kind an Krämpfen gelitten. Erkrankt 50 jährig an Melancholie infolge eines Kummers. Selbstmordneigungen. Später leichte Hysterie.

Sohn Gottfried.

Erkrankt 53 jährig an Melancholie mit Selbstmordtrieb. Nach einem Jahre Anstaltsaufenthalt gebessert.

Sohn Walter.

In den 30 er Jahren von Zeit zu Zeit melancholische Ideen, ungerechtfertigte Skrupel über seine Vermögenslage. Vergiftet sich ganz unerwartet mit Strychnin.

35. Familie Horst. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Eltern gesund.

Sohn Louis, geb. 1847.

Erkrankt 29 jährig an Aufregungszuständen, Verfolgungsideen, Nahrungsweigerung. Verblödet.

Tochter Julie, geb. 1848.

Rechtsseitige Lähmung im 53. Jahre. Intelligenz stark vermindert. Gedächtnisstörung, unrein.

36. Familie Studer. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Eltern: keine Geisteskrankheiten.

Tochter Rosine, geb. 1847.

Typhus mit 20 und Variola mit 23 Jahren. Erkrankt zum 1. mal 30-, dann 45jährig. Maniakalische und ruhige Perioden in stetem Wechsel, selten deprimiert. In der letzten Zeit verblödet.

Sohn Samuel, geb. 1849.

Trinker. 29 jährig: harter Schanker. Erkrankt 51 jährig an langsam verlaufender progressiver Paralyse.

37. Familie Bachelier.

Eltern gesund.

Tochter Rose-Marie, geb. 1823.

Im 20. Jahre schwere Peritonitis, seit dem 50. Jahre taub. Erkrankt 79 jährig an Zona, darauf Verlust des Gedächtnisses, Halluzinationen. Vollständig verwirrt, oft gewalttätig. Stirbt 83 jährig nach Schenkelhalsfraktur.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sohn Charles, geb. 1828.

Schwache Intelligenz. Erkrankt 77 jährig an Verfolgungsideen. Vollständig desorientiert, ruhig.

38. Familie Gerhard.

Eltern gesund.

Sohn Friedrich, geb. 1845.

Variola mit 4 Jahren. Erkrankt 38 jährig an Verfolgungsideen und Größenwahn. Mehrjährige Besserung und mehrere Rückfälle. Seit dem 48. Jahre dauernde Verwirrung und zunehmende Verblödung. Stirbt 64jährig.

Tochter Pauline, geb. 1851.

Variola mit 3½ Jahren. Erkrankt 33 jährig an religiösen Wahnideen; glaubt sich verfolgt; reizbar. Mehrmals vorübergehend gebessert. Dauernd interniert seit dem 43. Jahre. Geringe Verblödung bei andauernden Wahnideen.

39. Familie Norbert.

Vater und Mutter normal, sehr religiös.

Sohn Jakob, geb. 1876.

Original, leidet seit früher Jugend an Aufregungs- und Depressionszuständen. Im 30. Jahre interniert wegen hochgradiger maniakalischer Erregung. 3 Monate später deprimiert. Nach 4 Monaten geheilt.

Tochter Germaine, geb. 1884.

Erkrankt 18 jährig in fremder Umgebung nach kurzer Depression an Aufregungszustand mit Sinnestäuschungen. 6 Jahre später während mehrerer Monate deprimiert: menschenscheu, ängstlich. Heilung.

40. Familie Pouget.

Vater und Mutter gesund.

Tochter Dina, geb. 1850.

Erste leichte Depression 12 jährig, später mehrmals ungerechtfertigte Selbstanklagen. Erkrankt 46 jährig, Selbstmordversuche. Ängstlich, Selbstanklagen. 10 Jahre später wieder Depression mit Selbstanklagen, wünscht zu sterben. Geheilt.

Tochter Rosalie, geb. 1853.

Erkrankt 29jährig an Zwangsideen, ängstlich, halluziniert. Nach 6 Jahren dauernd geheilt.

Tochter Fanny, geb. 1857.

Erkrankt 25. jährig nach Liebeskummer, reizbar, hypochondrische Wahnideen. Wird mit der Zeit verworren, bisweilen gewalttätig, halluziniert. Stirbt 47 jährig dement an Marasmus.

Sohn Leopold, geb. 1868.

Krämpfe im 2. Jahre. Schwacher Schüler. Erkrankt 25 jährig infolge eines Schreckens an Verwirrtheit und Aufregung. Nach


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8 Monaten geheilt. 37 jährig ähnliche Erkrankung wieder nach einem Schrecken. 2 Jahre später neue Erkrankung: Verwirrtheit, spricht fortwährend. Vorübergehende Besserung.

41. Familie Burg.
Eltern gesund.
Sohn Maurice, geb. 1846.
Schwache Intelligenz, schwieriger Charakter, Verschwender. Seit dem 24. Jahre wiederholt in Anstalten: betrinkt sich, legt Feuer an. Klagt gegen seinen Vater, bestreitet krank zu sein. Bedroht seine Umgebung auf der Straße ohne Grund mit einem Revolver. Stirbt 38 jährig.
Tochter Esther, geb. 1852.
Kommt nach mehreren Anfällen von Melancholie 46 jährig in die Anstalt: Angstzustand, Selbstanklagen, oft aufgeregt. Wahnideen, Sinnestäuschungen. Behält gewisse Verfolgungsideen.

42. Familie Vilette.
Vater an „Hirnschlag" gestorben.
Mutter gesund.
Tochter Eva, geb. 1859.
Erkrankt 40 jährig an Melancholie mit Aufregung und Selbstanklagen. 4 Jahre später neuer Anfall mit hochgradiger Aufregung. Manische und melancholische Zustände. Schwachsinnige Größen- und Verfolgungsideen. Gewalttätig. Stirbt vollständig verblödet, 48 jährig.
Sohn Leo, geb. 1864.
Erkrankt 40 jährig an Aufregung und religiösen Wahnideen. Vorübergehende Besserung, dann Nahrungsverweigerung und hochgradiger Negativismus. Nach abermaliger Besserung seit einem Jahr ruhig, aber apathisch und untätig.
Tochter Elise, geb. 1867.
Erkrankt 37 jährig, gleichzeitig mit dem Bruder. Manische Aufregung, erotisch. Nach 3 Monaten geheilt. 1 Jahr später starke Sinnestäuschungen, gewalttätig, Größenideen. Stereotype Haltungen und Redensarten.

B. II. Eltern anderweitig krank.

b) Schwestern.

43. Familie Dürren. (Mitgeteilt von *Herfeldt.*)
Vater an Schwindsucht gestorben.
Mutter unbekannt.
Tochter Marie.
Übertrieben religiös. Erkrankt 24 jährig. Selbstmordversuche, Selbstanklagen, Verzweiflung. Nach 1 Jahre geheilt.
Tochter Therese.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwillingsschwester der Marie, große Ähnlichkeit. Erkrankt 27-jährig: ängstlich, Selbstmordversuche, Selbstanklagen. Beruhigt sich bald. Geheilt nach 6 Monaten.

Bei beiden Schwestern war die Trennung von den Angehörigen die Ursache der Psychose.

44. Familie Meister.

Vater 48 jährig an Diabetes gestorben.

Mutter gesund.

Tochter Luise, geb. 1855.

Erkrankt 36 jährig. Vagabundiert, Größenwahn, will nicht arbeiten. Mit den Jahren wurde sie sehr arbeitsam, trotzdem sie ihre Größenideen beibehielt. Antwortet oft sehr witzig, spricht viel allein.

Tochter Elisa, geb. 1856.

Erkrankt 30 jährig nach Liebeskummer. Traurige Stimmung, ängstlich, hypochondrische Ideen, Besserung. 5 Jahre später Aufregungszustand mit hypochondrischen Wahnideen. Seit dem 45. Jahre untätig, begann später zu vagabundieren, halluziniert. Arbeitet wieder eine Zeitlang, dann wieder katatonisch. Stirbt 52 jährig an einem Abdominaltumor.

Tochter Emma, geb. 1862.

Erkrankt 42 jährig an depressivem Zustande. Bald vollständig dement.

B. II. c) Brüder und Schwestern.

45. Familie Galand. (Mitgeteilt von *Bourneville & Séglas.*)

Vater normal.

Mutter litt an Neuralgien und Migräne.

Sohn Louis, geb. 1858.

Vollständiger Idiot, ruhig, unrein. Stirbt mit 14 Jahren.

Sohn Charles, geb. 1846.

Vollständiger Idiot, mit 4 Jahren noch unrein, sagt Papa und Mama.

Tochter Henriette.

Idiot mit Aufregungszuständen. Mikrozephal.

Sohn Henri, geb. 1874.

Idiot, begann mit 2 Jahren zu sprechen. 8 jährig noch unrein. Zornanfälle.

Sohn Eugen, geb. 1876.

Geht und spricht mit 4 Jahren noch nicht, Beine gelähmt, stirbt 4 jährig.

46. Familie Sander. (Mitgeteilt von *Kölpin.*)

Vater jähzornig.

Mutter nervös.

Sohn Karl.

Erkrankt 15 jährig nach Schlägen auf den Kopf an leichter Er-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

regung. Noch mehrmals maniakalische Zustände, einmal mit Depression. Im 43. Jahre Angstgefühle, Halluzinationen, dann Größenideen und dauernde Gleichgültigkeit gegenüber seiner Familie.

Sohn Eduard.

Erste Erkrankung 18 jährig, später alle 3—4 Jahre Erregungszustände, war dann verschwenderisch, schwindelte. Dauer jeweils einige Wochen.

Sohn Franz.

Erste Erkrankung 16 jährig, seitdem häufige Erregungszustände, auch melancholische Phasen. Während der letzten 20 Jahre dauernder Wechsel zwischen Aufregung und Depression.

Tochter Emma.

Seit dem 15. Jahre jährliche Anfälle von Manie und Melancholie.

47. Familie Tibet.

Vater hat einen Basedow durchgemacht, geheilt.

Mutter nervös, exzentrisch.

Sohn Henri, geb. 1873.

Erkrankt 17 jährig: Aufregung, Sinnestäuschungen, Größenwahn, boshaft. Leichte Besserung, arbeitet. Nie sehr leistungsfähig, immer mürrisch, die letzten Jahre meist traurig verstimmt. Seit dem 33. Jahre vollständig verblödet.

Tochter Ruth, geb. 1877.

Erkrankt 23 jährig. Halluzinationen und ängstliche Wahnideen, aufgeregt, erotisch. Nach mehreren Monaten dauernd geheilt.

C. Geschwister von Eltern mit unbekannter geistiger Verfassung.

a) Brüder.

48. Familie Miller. (Mitgeteilt von *Daraszkiewicz.*)

Sohn Daniel, geb. 1858.

Wenig begabt, 18 jährig Typhus. Erkrankt 19 jährig an melancholischen Wahnideen, später auch hypochondrische stereotype Redensarten. Vorübergehende Besserung. Dann zunehmende Apathie und Verblödung mit Negativismus und impulsiven Handlungen.

Sohn Karl, geb. 1860.

Erkrankt 20 jährig an Halluzinationen und Verfolgungsideen, reizbar und gewalttätig. Stirbt 24 jährig. Nahrungsverweigerung.

49. Familie Romanof. (Mitgeteilt von *Soukhanoff.*)

Sohn Boleslaf.

Erkrankt an Wahnideen und Sinnestäuschungen. Nach kurzer Besserung Abnahme der Intelligenz, hypochondrische Wahnideen, Gleichgültigkeit.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sohn André.

Zwillingsbruder, sehr ähnlich. Gemeinsames Leben. Erkrankt 5 Jahre später an Größenideen, nachlässig im Beruf. Hypochondrische Wahnideen und Abnahme der Intelligenz.

50. Familie Barnerat. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Sohn Henri, geb. 1839.

Erkrankt 26 jährig an Manie, stirbt verblödet im 58. Jahre.

Sohn Louis, geb. 1845.

Erkrankt 25 jährig. Im 58. Jahre vollständig verblödet, reizbar und gewalttätig. Stereotypien und Negativismen.

51. Familie Bataille. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Sohn Jérome, geb. 1829.

Schwerer Alkoholiker. Kommt 71 jährig in die Anstalt mit Sprachstörung, Gedächtnisschwäche. Deliriert und stirbt nach 6 Monaten.

Sohn Jean, geb. 1834.

Schwerer Alkoholiker. Erleidet 69 jährig eine Apoplexie. Sprachstörung. Gedächtnis und Urteil schwach.

52. Familie Desfeux. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Sohn Jean, geb. 1837.

Vagabund und Alkoholiker. Kommt 62 jährig in die Anstalt. Wahnideen und lebhafte Sinnestäuschungen.

Sohn Maurice, geb. 1848.

Vagabund. Delirium tremens. Kommt 53jährig in die Anstalt. Störungen des Ganges und der Sprache, epileptoide Anfälle. Verfolgungsideen und Halluzinationen.

53. Familie Nicol. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Sohn Samuel, geb. 1860.

Erkrankt 25 jährig. Im 43. Jahre macht er eigentümliche Bewegungen mit den Fingern um Mund und Nase, grimassiert, redet stoßweise mit eigentümlicher Stimme.

Sohn Philipp, geb. 1862.

Erkrankt 30 jährig mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Besserung. 3 Jahre später melancholisch. Verblödet, macht stundenlang dieselben Schritte. Zeitweise reizbar und tätlich.

54. Familie Mayenfeld.

Sohn Albrecht, geb. 1835.

Erkrankt 34 jährig an „Rückenmarkschwäche". Seit dem 48. Jahre Verfolgungsideen und bizarre Handlungen. Spricht monatelang kein Wort, ist höhnisch und bösartig. Schimpft bisweilen in konfuser Weise.

Sohn Rudolf, geb. 1845.

Von jeher geringe Leistungsfähigkeit. Seit dem 55. Jahre exhibitionistische Tendenzen, Abnahme der Intelligenz. Konflikt mit


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Polizei. Leugnet später jedes Delikt. Sonderbare Ideeen über sexuelle Dinge.

C. b) Schwestern.

55. Familie Callat. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Marie, geb. 1856.

Erkrankt 20 jährig nach Kummer. Hypochondrische Wahnideen, halluziniert. Ausgang in Stupor mit Negativismus.

Tochter Marianne, geb. 1861.

Erkrankt 30 jährig mit Halluzinationen. Gleichgültig, bisweilen aufgeregt, zänkisch, spricht unzusammenhängend.

56. Familie Farel. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Céleste, geb. 1833.

Erkrankt 34 jährig mit Gehörstäuschungen. Lacht und weint ohne Ursache. Ausgang in Stupor mit Negativismus. Stirbt 40 jährig an Marasmus.

Tochter Virginie, geb. 1845.

Erkrankt im 53. Jahre an Größenwahn. Apathisch und desorientiert. Wahrscheinlich progressive Paralyse.

57. Familie Fleuret. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Héloïse, geb. 1868.

Erkrankt 30 jährig. Verfolgungswahn, Selbstmordversuch; starke Aufregung. Nach einigen Monaten geheilt.

Tochter Françoise, geb. 1869.

Erkrankt 21 jährig an Verfolgungswahn, sieht den Teufel. Besserung. Einige Jahre später gleicher Zustand. Nach 2 Jahren geheilt.

58. Familie Lorilliet. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Sidonie, geb. 1850.

Erkrankt 36 jährig: maniakalische Aufregung. Übergang in Demenz, negativistisch und gewalttätig, stirbt 44 jährig an Enteritis.

Tochter Rosine, geb. 1854.

Erkrankt 36 jährig, nur für einige Wochen. 3 Jahre später maniakalische Erregung mit religiösen Wahnideen und Halluzinationen. Heilung. 39 jährig: halluziniert, gewalttätig, inkohärent.

59. Familie Pelletier. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Rose, geb. 1836.

Erkrankt 50 jährig an Größenwahn, spricht in Neologismen, ruhig und würdig.

Tochter Lucile, geb. 1841.

Erkrankt 42 jährig an Gehörstäuschungen. Größenwahn. Impulsive Heftigkeit.

60. Familie Villard. (Mitgeteilt von *Fouque.*)

Tochter Marie, geb. 1852.

Erkrankt 42 jährig an Verwirrung. Mehrere apaplektiforme An-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fälle mit vorübergehenden Lähmungen. Vielleicht progressive Paralyse.

Tochter Luise, geb. 1855.

Erkrankt 42 jährig an Verfolgungsideen. Verwirrt, gewalttätig. Verblödung.

. Familie Chautagne. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Tochter Julie, geb. 1859.

Erkrankt 25 jährig. Im 43. Jahre vollständig dement mit katatonischen Erscheinungen. Arbeitet.

Tochter Luise, geb. 1861.

Erkrankt 29 jährig an melancholischer Aufregung mit Angst und Halluzinationen. Verblödet rasch und ist im 40. Jahre vollständig automatisch.

Tochter Sophie, geb. 1863.

Erkrankt ungefähr 20 jährig. Starke melancholische Aufregungszustände. Im 40. Jahre dement, negativistisch.

Familie Helm. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Tochter Henriette, geb. 1844.

Seit dem 14. Jahre epileptiforme Anfälle. Wird nach dem 50. Jahr anfallsweise aufgeregt, verworren. Abnahme des Gedächtnisses.

Tochter Sophie, geb. 1847.

Erkrankt 47 jährig an Verfolgungsideen. Hochgradige Aufregung mit Selbstbeschädigung. Im 56. Jahre verblödet mit periodischen Aufregungen. Negativismus.

Familie Goujon.

Tochter Luise, geb. 1843.

Erkrankt 36 jährig, hört Stimmen, ist deprimiert. 47 jährig wieder deprimiert, Selbstanklagen. 53 jährig Gehörstäuschungen und Wahnideen. Größen-, Beziehungs- und Verfolgungswahn. Stirbt 63 jährig.

Tochter Julie, geb. 1852.

Erkrankt 44jährig an Verfolgungswahn. Ängstlich, Selbstmordideen. Beruhigt sich, sehr arbeitsam, lebt allein, hat eigentümliche Gewohnheiten. Glaubt täglich, ihr Bräutigam komme sie holen.

) Brüder und Schwestern.

Familie Germer. (Mitgeteilt von *Geiser.*)

Sohn François, geb. 1864.

Stotterer. 5 jährig: Stirnverletzung. Erkrankt 28 jährig an Verfolgungsideen. Impulsive Handlungen. Verblödung.

Tochter Luise, geb. 1873.

Stottert. Intelligent. Erkrankt 24jährig nach Wochenbett an Melancholie. Selbstmordideen und heftige Aufregungen. Geheilt.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

65. Familie Hugon.

Tochter Eugenie, geb. 1841.

Erkrankt 36 jährig an Melancholie mit Verfolgungsideen. Sehr empfindlich, labile Stimmung. Arbeitsam. Bewahrt ihre Verfolgungsideen. Intelligent. Stirbt 66jährig.

Sohn Alfons, geb. 1847.

Erkrankt 36 jährig an Verfolgungsideen. Sinnestäuschungen. Labile Stimmung. Leichte geistige Schwäche. Geheilt.

Zusammenfassung dieser Krankengeschichten.

A I a. Die Familien 1, 2, 10 und 12 stellen vier Brüderpaare, die alle unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar drei (1, 2 u. 10) an manisch-depressivem Irresein, eines (12) an Dementia praecox.

A I b. Die Familien 3, 4, 5, 6, 7, 8 und 10 stellen sieben Schwesternpaare, von denen sechs unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar drei (4, 5 und 7) an manisch-depressivem Irresein, drei (6, 8 und 10) an Dementia praecox. In der Familie 3 dagegen ist eine Schwester an manisch-depressivem Irresein, die andere an Dementia praecox erkrankt.

A I c. Die Familien 9 bis 17 stellen neun Geschwistergruppen, von denen sechs unter sich gleichartig, drei ungleichartig erkrankt sind, und zwar eine (17) an manisch-depressivem Irresein, fünf (9, 11, 12, 13 und 16) an Dementia praecox. In zwei Familien (14 und 15) ist die Tochter an manisch-depressivem Irresein, der Sohn an Dementia praecox erkrankt, in einer Familie endlich (10) sind zwei Söhne an manisch-depressivem Irresein, zwei Töchter dagegen an Dementia praecox erkrankt.

A I. Von den 20 Geschwistergruppen aus Familien mit geisteskrankem Vater (A I.) sind also 16 unter sich gleichartig erkrankt, und zwar 7 an manisch-depressivem Irresein, 9 an Dementia praecox. Ungleichartig sind 4 erkrankt, es kommen jeweilen in derselben Familie sowohl manisch-depressives Irresein als Dementia praecox vor.

A II a. Die Familien 18, 19 und 20 stellen drei Gruppen von Brüdern, die alle unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar eine (18) an Idiotie, zwei (19 u. 20) an Dementia praecox.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A II b. Die Familien 21 bis 24 stellen vier Gruppen von Schwestern, von denen drei (21, 22, 23) unter sich gleichartig erkrankt sind, alle an Dementia praecox. In der Familie 24 sind zwei Schwestern ebenfalls an Dementia praecox erkrankt, die dritte dagegen an manisch-depressivem Irresein.

A II c. Die Familien 23 bis 26 stellen vier Gruppen von Geschwistern, von denen eine (25) gleichartig erkrankt ist, und zwar an manisch-depressivem Irresein. In einer Familie (23) sind zwei Töchter an manisch-depressivem Irresein, der Sohn an Dementia praecox erkrankt. In der Familie 24 sind dagegen zwei Töchter an Dementia praecox, eine dritte Tochter aber und ein Sohn an manisch-depressivem Irresein erkrankt. In der Familie 26 endlich besteht Dementia praecox und Dementia apoplectica.

A II. Von den 11 Geschwistergruppen aus Familien mit geisteskranker Mutter (A II) sind also 7 unter sich gleichartig erkrankt, und zwar 1 an Idiotie, 1 an manisch-depressivem Irresein und 5 an Dementia praecox.

Ungleichartig sind 4 erkrankt. Es kommt dreimal jeweils in derselben Familie sowohl manisch-depressives Irresein als Dementia praecox vor, einmal Dementia apoplectica und Dementia praecox.

A III a. Die Familie 27 stellt ein Brüderpaar, das gleichartig erkrankt ist, nämlich an Dementia epileptica.

A III b. Die Familie 29 stellt ein Schwesternpaar, das gleichartig erkrankt ist, nämlich an Dementia praecox.

A III c. Die Familien 28, 29 und 30 stellen drei Geschwistergruppen, die unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar zwei (29, 30) an Dementia praecox; bei der Familie 28 bleibt die Diagnose unsicher.

A III. Die 5 Geschwistergruppen aus Familien mit geisteskranken Eltern, sowohl Vater als Mutter (A III), sind alle unter sich gleichartig erkrankt, und zwar 3 an Dementia praecox, 1 an Dementia epileptica.

A. Zusammenfassung der Familien mit geisteskranken Eltern: 30 Familien stellen 36 Geschwistergruppen, von denen 28 unter sich gleichartig erkrankt sind, nämlich 1 an Idiotie,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8 an manisch-depressivem Irresein, 17 an Dementia praecox, 1 an Dementia epileptica. 8 sind ungleichartig erkrankt, und zwar 7 an manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox, 1 an Dementia apoplectica und Dementia praecox.

B I a. Die Familien 31 und 34 stellen zwei Brüderpaare, die beide unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar an manisch-depressivem Irresein.

B I b. Die Familien 32, 33, 40 und 42 stellen 4 Gruppen von Schwestern, von denen drei unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar eine (33) an manisch-depressivem Irresein, zwei (32 und 42) an Dementia praecox. In der Familie 40 sind dagegen zwei Schwestern an manisch-depressivem Irresein, eine an Dementia praecox erkrankt.

B I c. Die Familien 34 bis 42 stellen neun Geschwistergruppen, von denen sechs unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar
2 an manisch-depressivem Irresein (34 und 39),
3 an Dementia praecox (38, 41, 42),
1 an Dementia senilis (37).
Drei Gruppen sind ungleichartig erkrankt: in der Familie 36 ist eine Schwester manisch-depressiv erkrankt, der Bruder ist Paralytiker. In der Familie 40 sind zwei Schwestern an manisch-depressivem Irresein, eine Schwester und ein Bruder an Dementia praecox erkrankt. In der Familie 35 endlich findet sich Dementia praecox und apoplectica.

B I. Von den 15 Geschwistergruppen aus Familien mit vollständig gesunden Eltern sind 11 unter sich gleichartig erkrankt, und zwar 5 an manisch-depressivem Irresein, 5 an Dementia praecox und 1 an Dementia senilis. Ungleichartig sind 4 erkrankt, wovon 2 an manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox, 1 an manisch-depressivem Irresein und Paralyse, 1 an Dementia praecox und apoplectica.

B II a. Die Familien 45 und 46 stellen 2 Gruppen von Brüdern, die beide unter sich gleichartig erkrankt sind, die eine an Idiotie (45), die andere an manisch-depressivem Irresein (46).

B II b. Die Familien 43 und 44 stellen 2 Gruppen von Schwestern, die ebenfalls unter sich gleichartig erkrankt sind, die eine an


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manisch-depressivem Irresein (43), die andere an Dementia praecox (44).

B II c. Die Familien 45, 46 und 47 stellen drei Geschwistergruppen, von denen 2 unter sich gleichartig erkrankt sind, eine an Idiotie (45), die andere an manisch-depressivem Irresein (46). In der Familie 47 findet sich letztere Krankheit und Dementia praecox.

B II. Von den 7 Geschwistergruppen aus Familien mit geistesgesunden, aber anderweitig kranken Eltern sind 6 unter sich gleichartig erkrankt, und zwar 2 an Idiotie, 3 an manisch-depressivem Irresein und 1 an Dementia praecox. Bei einem Geschwisterpaar findet sich manisch-depressives Irresein und Dementia praecox.

B. Zusammenfassung der Familien mit geistesgesunden Eltern: 17 Familien stellen 22 Geschwistergruppen, von denen 17 unter sich gleichartig erkrankt sind, nämlich 2 an Idiotie, 8 an manisch-depressivem Irresein, 6 an Dementia praecox, 1 an Dementia senilis; 5 sind ungleichartig erkrankt, und zwar 3 an manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox, 1 an manisch-depressivem Irresein und Paralyse, 1 an Dementia praecox und apoplectica.

C a. Die Familien 48 bis 54 stellen 7 Brüderpaare, von denen 5 unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar 4 an Dementia praecox (48, 49, 50 und 53), eines an Dementia alcoholica senilis (51). 2 Paare sind ungleichartig erkrankt, und zwar das eine (52) an Dementia praecox und alcoholica, das andere (54) an Dementia praecox und senilis.

C b. Die Familien 55 bis 63 stellen 9 Gruppen von Schwestern, von denen sechs unter sich gleichartig erkrankt sind, und zwar eine (57) an manisch-depressivem Irresein, fünf (55, 58, 59, 61, 63) an Dementia praecox. Drei Gruppen sind ungleichartig erkrankt, nämlich zwei (56, 60) an Dementia praecox und paralytica, eine (52) an Dementia praecox und epileptica.

C c. Die Familien 64 und 65 stellen 2 Geschwisterpaare, von denen das erste ungleichartig erkrankt ist, nämlich an manisch-depressivem Irresein und an Dementia praecox, beim zweiten sind beide Geschwister manisch-depressiv erkrankt.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C. Zusammenfassung der Familien mit Eltern von unbekannter geistiger Verfassung:

18 Familien stellen ebenso viele Geschwistergruppen, von denen 12 unter sich gleichartig erkrankt sind, nämlich

2 an manisch-depressivem Irresein,
9 an Dementia praecox,
1 an Dementia alcoholica senilis;

6 sind ungleichartig erkrankt, und zwar

2 an Dementia praecox und paralytica,
1 an Dementia praecox und alcoholica,
1 an Dementia praecox und senilis,
1 an Dementia praecox und epileptica,
1 an Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein.

Zusammenfassung.

Unsere 65 Familien stellen 76 Geschwistergruppen, von denen 55 unter sich gleichartig und 21 ungleichartig erkrankt sind.

Die gleichartig erkrankten Geschwistergruppen verteilen sich auf folgende Krankheiten:

Dementia praecox (31),
manisch-depressives Irresein (17),
Idiotie (3),
Dementia senilis (2),
Dementia epileptica (1).

Die ungleichartig erkrankten Geschwistergruppen verteilen sich auf folgende Krankheiten:

manisch-depressives Irresein und Dementia praecox (12),
manisch-depressives Irresein und Hysterie (1),
manisch-depressives Irresein und Dementia paralytica (1),
Dementia praecox und apoplectica (2),
Dementia praecox und paralytica (2),
Dementia praecox und epileptica (1),
Dementia praecox und senilis (1),
Dementia praecox und alcoholica (1).

Unsere 76 Geschwistergruppen sind zusammengesetzt aus:

19 Gruppen von Brüdern (a),


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27 Gruppen von Schwestern (b),
30 Gruppen von Brüdern und Schwestern (c).

a) Brüder.

Unter den 19 Gruppen sind 17 unter sich gleichartig erkrankt:
an Idiotie (2),
manisch-depressivem Irresein (6),
Dementia praecox (7),
Dementia epileptica (1),
Dementia alcoholica senilis (1).

2 Gruppen sind ungleichartig erkrankt, die eine an Dementia praecox und senilis, die andere an Dementia praecox und alcoholica.

b) Schwestern.

Unter den 27 Gruppen sind 21 unter sich gleichartig erkrankt:
an manisch-depressivem Irresein (6),
an Dementia praecox (15).

6 Gruppen sind ungleichartig erkrankt, und zwar:
an manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox (3),
Dementia praecox und paralytica (2),
Dementia praecox und epileptica (1).

c) Brüder und Schwestern.

Von den 30 Gruppen sind 19 unter sich gleichartig erkrankt:
an Idiotie (1),
an manisch-depressivem Irresein (6)
an Dementia praecox (10),
an Dementia senilis (1).

11 Gruppen sind ungleichartig erkrankt, nämlich:
an manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox (8),
an manisch-depressivem Irresein und Paralyse (1),
an Dementia praecox und apoplectica (2).

Zwillinge.

Die 7 Zwillingspaare, die unsere Beobachtungen enthalten, sind alle unter sich gleichartig erkrankt.

Die Zwillingsbrüder der Familie 31 an manisch-depressivem Irresein, diejenigen der Familien 20 und 49 an Dementia praecox.

Die Zwillingsschwestern der Familien 7 und 43 an manisch-depressivem Irresein, diejenigen der Familien 8 und 32 an Dementia praecox.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ergebnisse.

Das wesentliche Ergebnis unserer Untersuchung lautet: Geschwister erkranken in der Mehrzahl der Fälle gleichartig, nämlich in 75%. (*Geiser* fand unter 39 Geschwistergruppen 69% gleichartiger Erkrankung innerhalb der Gruppen.) Unter den ungleichartig erkrankten Gruppen kommt manisch-depressives Irresein neben Dementia praecox vor.

Die Tatsache, daß drei Viertel der geisteskranken Geschwister unter sich gleichartig erkranken, bleibt sich gleich, ob für die Eltern Geisteskrankheit angegeben war oder nicht, dagegen ändert sich dieses Verhältnis je nach dem Geschlecht der Geschwister. Bei Brüdern erkranken bis 90% unter sich gleichartig, und zwar sowohl erblich belastete als unbelastete, bei Schwestern sind es nur 70%, und bei den aus Brüdern und Schwestern zusammengesetzten Gruppen bilden die unter sich gleichartig erkrankten nur noch 63% der Gesamtheit, gleichviel ob belastet oder nicht.

Zu diesen Verhältnissen bilden die Zwillinge einen deutlichen Gegensatz mit ihrer durchgängig gleichen Erkrankung, sowohl bei Brüdern als bei Schwestern, ob mit oder ohne erbliche Belastung.

Wie bei der Vererbung von Geisteskrankheiten von Eltern auf Kinder die Verrückheit keineswegs, wie *Sioli* behauptete, die affektiven Psychosen ausschließt, sondern sich nur ein Überwiegen der gleichartigen Vererbung feststellen läßt (*Vorster* u. a.), ebenso handelt es sich auch bei Psychosen unter Geschwistern lediglich um ein Überwiegen der gleichartigen Erkrankung; Brüder haben mehr Aussicht gleichartig zu erkranken als Schwestern, und Schwestern haben mehr Aussicht als gemischte Geschwistergruppen.

Literatur.

Ball. De la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux. L'Encéphale Bd. 4, 1884, S. 385.

Bourneville et Séglas. Les familles d'idiots. Archives de Neurologie. Bd. 10, 1885, S. 186.

Chambard. Une famille de névropathes. Annales médico-psychologiques. 1884, I, S. 220.

Daraszkiewicz. Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. I.-D. Dorpat 1892.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Euphrat. Über das Zwillingsirresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 44, 1888, S. 194.

Fouque. Maladies mentales familiales. Th. d. Paris 1899.

Geiser. Über familiäre Geisteskrankheiten. I.-D. Genf 1903.

Harbolla. Beitrag zur Frage der direkten Vererbung von Geisteskrankheiten. I.-D. Breslau 1893.

Herfeldt. Zur Kasuistik des Irreseins bei Zwillingen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 57, 1900, S. 25.

Kölpin. Über einen forensisch interessanten Fall von Manie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 60, 1903, S. 454.

Marandon de Montyel. La folie gémellaire. Archives de Neurologie. Bd. 22, 1906, S. 241.

Moebius. Über nervöse Familien. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 40, 1884, S. 228.

Moreau de Tours. La psychologie morbide etc. Paris 1859.

Pain. Contribution à l'étude de la folie héréditaire: folies concomitantes. Th. d. Nancy; 1894.

Sioli. Über direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie, Bd. 16, 1885, S. 113.

Soukhanoff. Sur la folie gémellaire. Annales médico-psychologiques. 1900, II, S. 214.

Vorster. Über die Vererbung endogener Psychosen usw. Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. 9, 1901.

Wille. Über erbliche Übertragung von Geisteskrankheiten. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte, 1902, S. 603. (Die ausführliche Arbeit wurde mir vom Verfasser im Manuskript gütigst zur Verfügung gestellt.)



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über Fälle von „Jugendirresein“ im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins).[1])

Von

Professor Dr. med. **Heinrich Vogt** in Frankfurt a. M.

Solange die ärztliche Tätigkeit mehr oder weniger gezwungen war, sich auf die Sorge um die erwachsenen Geisteskranken zu beschränken, solange konnte sich das Gebiet der früh erworbenen und der erst im späteren Leben auftretenden Psychosen wie etwas Fremdes gegenüberstehen. Alle geistigen Erkrankungen der frühen Kindheit galten als „Idiotie“, und sie waren durch eine zeitliche und künstlich organisatorische Kluft von den Psychosen getrennt. Zu prüfen, in welcher Weise eigentlich jene allgemeine Bezeichnung zu Recht besteht, wie weit sie gilt, und wie weit ihre Berechtigung langt, war unmöglich, vor allem aber war es auch unmöglich, die zeitliche untere Grenze der Psychosen im engeren Sinne zu fixieren. Je mehr wir von den psychischen Kindererkrankungen kennen lernen — und die Kinderheilkunde, die durch die Säuglingsfürsorge und die Wissenschaft der Stoffwechselpathologie, auch durch chirurgische Fragen vollauf in Anspruch genommen ist, hat letzthin wenig zur Kenntnis dieser Dinge beigetragen —, desto mehr füllte sich jene Kluft aus zwischen den früh erworbenen geistigen Erkrankungen, die wir als Ausfluß einer pathologischen Entwicklung betrachten müssen, und den Psychosen, die man bisher für ein trauriges Vorrecht der späteren Jugend und der Erwachsenen hielt. Es schien eine glückliche Zeit im Menschenleben zu bestehen — zwischen den ersten Kinderjahren und der Pubertät — die frei von der Möglichkeit zu geistiger Erkrankung ist, eine Beobachtung, die man hätte zu den psychologischen Vor-

*) Aus dem Neurologischen Institut in Frankfurt a. M. Dir. Prof. Dr. *Edinger*.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gängen in Beziehung bringen und die einen dichterischen Geist wahrhaft hätte begeistern können. Aber die Beobachtung hätte sich als falsch herausstellen müssen. Wir wissen jetzt, daß einmal eine ganze Reihe von Psychosen mit unserer wachsenden Kenntnis immer mehr ihre Wurzeln in Kindheit und Jugend hineinsenden, und wir wissen ferner, daß entsprechend der Tatsache, die lehrt, daß die Hirnentwicklung ein weit über die Geburt hinausreichender Vorgang ist, auch die auf einer Pathologie der Entwicklung im wahren Sinne des Wortes beruhenden Hirn- und Geisteskrankheiten noch in der späteren Kindheit einsetzen können. So füllt sich allmählich jener Raum aus, und die Grenzen verwischen sich.

Eines der Gebiete, das am engsten mit jener zeitlichen Anordnung zusammenhängt, ist das J u g e n d i r r e s e i n , das im allgemeinen als eine vornehmlich mit der Pubertätsentwicklung zusammenhängende Krankheit gilt. Hier ist besonders wieder die Katatonie eine Form, die in den letzten Jahren auch in der kindlichen Pathologie eine wachsende Rolle spielt. Die Erörterung über die Bedeutung dieser frühen Fälle geht über deren deskriptiven Wert hinaus, weil gerade der katatone Symptomenkomplex sowohl zu den Entwicklungsstörungen, wie zu den späteren Psychosen nahe Beziehungen hat. Es erscheint daher notwendig, eine Klärung der klinischen Stellung dieser Fälle überhaupt anzustreben.

Man kann natürlich diese „Frühformen des Jugendirreseins" nur verstehen, wenn man einerseits die typische Krankheitsform der Pubertätsjahre im Auge hält, und wenn man andererseits die Tatsache berücksichtigt, daß auf dem Boden der kindlichen Psyche die krankhaften Vorgänge, wie jeder, so auch dieser Affektion, einen besonderen Charakter annehmen müssen. Halten wir zum Verständnis dieser Dinge kurz fest, daß das Wesen der Krankheit die von *Weygandt*[1]) treffend so genannte apperzeptive Verblödung darstellt. Die Aufmerksamkeit ist schwer geschädigt, desgleichen die Ideenassoziation: die an Jugendirresein Erkrankten werden geistig völlig unproduktiv; es tritt eine starke Neigung zu Stereotypien und Perseverationen, auf sprachlichem und motorischem Gebiete vor allem, und zu Auto-

[1]) *Weygandt*, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. Mon. f. Psych. u. Neur. 22. 1907. p. 289.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matismen hervor. Klangassoziationen herrschen vor. Der Intelligenzdefekt, der bei erwachsenen Kranken schließlich resultiert, ist bekanntlich ganz außerordentlich charakteristisch: der intellektuale Besitzstand ist ziemlich gut erhalten bei totaler Unfähigkeit, diesen Besitzstand zu verwerten, auch Gedächtnis und Merkfähigkeit sind nur wenig herabgesetzt. Die Stimmung ist eine apathische. Alle diese Momente: Denkhemmung, Aufmerksamkeitsstörungen und die Anordnung der Ideenassoziation prägen sich natürlich auch in einer außerordentlichen Hemmung des Handelns aus: diese kann zunächst einfach in der Betonung rein nebensächlicher Betätigungen (Toilette) bestehen, ergreift aber in starken Graden jede motorische Äußerung und wird schließlich zur schweren motorischen Hemmung, Katatonie (*Ziehen*[1])).

Es ist keine Frage, daß diese eigenartige Krankheit in erster Linie eine Erwerbung der Pubertätszeit darstellt. Ist doch das, was bei irreparablen Krankheitsfällen schließlich verloren geht, das Persönlichste des Menschen, Selbstgefühl und Initiative, in erster Linie ein Produkt der Pubertätsentwicklung. Diese wichtigen Gesichtspunkte hat vor allem *Cramer*[2]) klar gemacht, indem er die physiologischen Schwankungen der Psyche im Pubertätsalter erörterte und von hier ausgehend die Gruppe der „Dementia praecox" teils erweiterte, teils einschränkte.

Es ist nun nach neueren Erfahrungen gar kein Zweifel, daß ganz dieselbe Krankheit auch schon in der früheren Jugend beginnen kann, daß sie schon in den Kinderjahren vorkommt, bei Kindern zwischen 10 und 15 Jahren, und wie es scheint, in selteneren Möglichkeiten sogar schon bei Fällen vor dem 10. Jahre. Daß es sich in letzterer Hinsicht um recht seltene Vorkommnisse handelt, ist gewiß und wird besonders von *Ziehen* betont. Das schwerste Bedenken gegen die Annahme dieser Fälle vor der Pubertät rührt gerade von der Seite der vor allem von *Cramer* scharf gezeichneten Tatsache her, daß die Pubertätsentwicklung das ausschlaggebende Moment in der Kausalität des „Jugendirreseins" ist.

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie. 3. Aufl. Leipzig 1908 und Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 3 Hefte, besonders 2. Heft. Berlin 1902—1906.

[2]) *Cramer*, Entwicklungsjahre und Gesetzgebung. Rede zur Feier des Geburtstages S. M. d. Kaisers. Göttingen 1902, und Über Jugendirresein. Allg. Ztschr. f. Psych. 62. 1905. p. 640.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir wollen uns zunächst an die symptomatische Seite der Angelegenheit halten und die Beobachtungen von Jugendirresein in der Kindheit Revue passieren lassen: danach wird es dann eher möglich sein, auf die Frage einzugehen, inwieweit diese Beobachtungen mit den *Cramer*schen Feststellungen in Einklang stehen. Von der Möglichkeit, die Gesetzmäßigkeiten des Jugendirreseins auch auf die Kindheitsfälle zu übertragen, hängt ja die Berechtigung ab, die Fälle überhaupt als „Frühformen des Jugendirreseins“ anzusprechen.

Ziehen erwähnt in seiner Beschreibung der Geisteskrankheiten des Kindesalters folgendes: „Wenn auch die meisten Fälle der Hebephrenie erst in den späteren Pubertätsjahren (bis gegen das 21. Lebensjahr hin) auftreten, so kommen doch auch schon vom 12. Lebensjahr an noch vor dem Auftreten ausgesprochener Pubertätsmerkmale unzweifelhaft Fälle von Hebephrenie vor. In allerdings sehr seltenen Fällen konnte ich die Entwicklung einer typischen Hebephrenie bis in das 7. Lebensjahr zurückverfolgen: es sind dies Fälle, in welchen die weitere Beobachtung eine abnorm frühe Pubertätsentwicklung ergibt.“

Meyer[1]) erwähnt in seiner Darlegung der Ursachen der Geisteskrankheiten, daß in den Kinderjahren Fälle von Dementia praecox nicht selten seien, auch *Kräpelin*[2]) hat den Anfang der Krankheit bis in das 12. und 14. Lebensjahr zurück verfolgen können. Ähnlich haben sich auch andere Autoren ausgesprochen, während eine Reihe von Fachleuten daran festhalten (*Thomsen*)[3]), daß erst in den eigentlichen Pubertätsjahren die Dementia praecox ausbrechen kann.

Die Entscheidung darüber kann, unter voller Berücksichtigung der oben gegebenen Ausführungen im Anschluß an die Darlegungen von *Cramer*, natürlich in erster Linie nur an der Hand genau studierter Fälle gegeben werden. Solche liegen nun vor: *Kräpelin*[4]), *Raecke*[5]), *Sante de Sanctis*[6]) u. a., ich komme darauf bei Erörterung der Krank-

[1]) *Meyer*, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.

[2]) *Kräpelin*, Psychiatrie. 7. Aufl. Leipzig 1904.

[3]) *Thomsen*, Die allg. praktische Prognose der Geistesstörungen. Med. Klinik. 1907. Nr. 45. 46.

[4]) *Kräpelin*, Einführung in die psych. Klinik. 2. Aufl. Jena 1906.

[5]) *Raecke*, Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. 45. 1909. H. 1.

[6]) *Sante de Sanctis*, Dementia praecocissima catatonica oder Katatonie des früheren Kindesalters. Folia neurobiolog. 2. 1908 p. 9.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heitssymptomatologie zurück. Außer den näheren Angaben über beobachtete Fälle sind kursorisch an einzelnen Stellen einige kurze Hinweise auf die Möglichkeit eines früheren Beginns des Jugendirreseins zu finden, so bei *Bartschinger*[1]), ferner bei *Modena*[2]).

Gerade bei einer Krankheitsgruppe wie bei der zur Diskussion stehenden, bei welcher die zeitliche Abgrenzung schon rein äußerlich eine gewisse Rolle spielt, ist es von Bedeutung, sich über die Grenzen dessen, was man als „Kindheit" ansehen will, klar zu werden. Diesen Gesichtspunkt hat auch *Meyer* (a. a. O.) erörtert. *Emminghaus*[3]) hat seinerzeit die Kindheit als die Zeit von der Geburt bis zur beginnenden Geschlechtsreife betrachtet; diese Bezeichnung trifft, obwohl oder vielmehr gerade weil sie die obere Grenze nicht bestimmt normiert, sondern diese an einen zeitlich freilich recht schwankenden physiologischen Abschnitt anknüpft, das Richtige. Jede Bestimmung einer genauen Grenze, so schwer sie auch für gewisse Normen z. B. vor dem Strafrichter entbehrt werden kann, ist fehlerhaft, weil sie rein künstlich ist. Es kann sich hier, bei solchen Determinierungen, nur um eine mittlere Breite handeln; diese aber ist für alle nicht an äußere Verhältnisse gebundenen Erörterungen und somit auch für die vorliegende Untersuchung durchaus entbehrlich. Eine Festsetzung, wie sie *Baer*[4]) z. B. versucht hat, ist ein Schematismus, der höchstens durch statistische Anforderungen gerechtfertigt werden kann. Die Grenze der Kindheit ist ein durchaus schwankender und individuell verschiedenartiger Begriff: sie fließt ja durch den Beginn der Pubertätsentwicklung, also etwa vom 13.—15. Jahre an, in die spätere Jugendzeit hinüber. Wir werden uns also begnügen müssen, zu sagen, daß wir die Zeit vor Beginn der Geschlechtsentwicklung als die Zeit der Kinderjahre betrachten.

Unter den Frühfällen des Jugendirreseins fällt nach den bisherigen Mitteilungen eines auf: die Bevorzugung der kata-

[1]) *Bartschinger*, Die Verblödungspsychosen in der kantonalen Pflegeanstalt Rheinau. Allg. Z. f. Psych. 58. 1903. p. 269.

[2]) *Modena*, Frenastenia e dementia precoce. Annal. del manicom. di Ancona 1906/07. Bd. 4/5.

[3]) *Emminghaus*, Die psychischen Störungen im Kindesalter; in Gerhardts Handbuch der Kinderheilkunde. Tübingen 1887.

[4]) *Baer*, Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig 1901.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tonen Gruppe. Eine scharfe Grenze zu ziehen, namentlich nach der Seite der reinen Hebephrenie hin, ist, wie vor allem *Raecke* sehr richtig hervorhebt, nicht möglich; doch findet, wie wir sehen werden, die ganze Erscheinung eine gewisse kausale Begründung in den Verhältnissen der kindlichen Psyche.

Katatonie im Kindesalter: Was zunächst die Katatoniefälle anlangt, so sind einige sehr bemerkenswerte Mitteilungen zu dieser Frage in letzter Zeit von *Sante de Sanctis* und vor allem von *Raecke* erfolgt.

Der erstere der beiden genannten Autoren hat einen Fall mitgeteilt, der ein drei Jahre altes Kind betrifft, bei welchem die hauptsächlichsten Erscheinungen folgende waren: gute Wahrnehmungsfähigkeit und gutes Gedächtnis, „sehr bewegte“ Aufmerksamkeit, geringe oder fehlende „höhere Gedankenbildung“, schwere Störungen der Willenstätigkeit, des Benehmens und Charakters, Negativismus, Neigung zu Rhythmus, Suggestibilität, Stupor und Stereotypien. Die längere Beobachtung, welche der Autor dem Falle widmen konnte, und eine Reihe von besonderen Erscheinungen, namentlich der Stupor, der Hypertonus der unteren Extremitäten, die Erhöhung der tiefen Reflexe bei unverändertem Bestehen der Haut- und der Pupillenreflexe, ausgeprägte kataleptische Erscheinungen usw. lassen die Diagnose mit Sicherheit stellen. Der Zustand scheint seit ungefähr einem Jahr unverändert zu bestehen.

Aus der psychiatrischen Klinik in Kiel hat nun *Raecke* ganz neuerdings 10 länger beobachtete Fälle mitgeteilt, die nicht allein wegen ihres die Krankheit scharf charakterisierenden Symptomenkomplexes, sondern auch wegen des Verlaufs eine besondere Beachtung verdienen.

Es sei hier kurz auf einige dieser Fälle eingegangen: ein Fall, der einen 12jährigen Knaben betraf, zeigte allmählich einsetzend einen Zustand von Stupor mit Negativismus und Mutismus, Stereotypien, Nahrungsverweigerung, Einnässen und gelegentlich auftretenden kurzen Erregungen. Ein leichtes vorausgegangenes Trauma wird wohl mit Recht als außer Zusammenhang mit der Krankheit stehend angesehen. Der Ernährungszustand war ein guter. Der Knabe soll immer merkwürdig still und verschlossen und zurückhaltend gewesen sein: eine gewisse Disposition scheint bestanden zu haben, „wenn auch Imbezillität sicher nicht bestand“. Die Krankheit setzte ein mit der Erklärung, daß der Kranke nicht sprechen könne. Es schlossen sich dann mehrere Zustände von Erregung an, die in Fortdrängen mit Singen und Schreien, in ängstlicher Unruhe mit Sinnestäuschungen bestanden. Anfangs war auch die Orientierung gestört. Allmählich vollzog sich eine Besserung. Zuerst wurde der Knabe zu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

früh aus der Anstalt abgeholt, es erfolgte ein Rückfall; bei der zweiten Anstaltsbehandlung wurde eine erhebliche Besserung erzielt: dieselbe scheint in Heilung übergegangen zu sein. Die übrigen von *Raecke* mitgeteilten Krankengeschichten zeigen ein ähnliches Krankheitsbild, besonders was die Symptomatologie der Krankheit anbelangt.

Die Gesamtheit der von *Raecke* beobachteten Fälle zeigt wichtige Übereinstimmungen hinsichtlich des klinischen Bildes: der Autor hebt hervor, daß ein jäher Wechsel zwischen Hemmung und Erregung mit Neigung zu Stereotypien und zu bizarrem Wesen, zu impulsiven motorischen Entladungen und zu blindem Widerstreben allen Fällen eigen war bei Fehlen von ausgeprägten Affektanomalien und Bewußtseinstrübungen. Fast durchweg stand ein übertrieben kindisches Gebahren, „das auf Zurückbleiben der psychischen Entwicklung im Verhältnis zum Lebensalter hinzudeuten schien. Hysteriforme Züge fehlten nicht." Im großen und ganzen ähnelte aber das Krankheitsbild der 12—15jährigen Patienten durchaus den Katatonieformen der Erwachsenen. Es ist wichtig, daß, wie *Raecke* betont, die Kinder nach Ablauf des Stupors keine Auskunft darüber zu geben vermochten, warum sie so starr dagelegen und nichts gegessen hätten. Wenn auch, wie in einem Falle, die Erinnerung an die Fütterung mit der Schlundsonde erhalten war, so konnte der Patient doch keine Auskunft darüber geben, warum er sich so verhalten hatte. Nur wurden von ihm, wie auch von anderen Patienten, unangenehme Empfindungen, Schwere im Kopf, ein Gefühl von Dösigsein, Druck in den Gliedern, im Magen und andere Sensationen, die man als somatopsychische bezeichnen kann, geäußert: *Raecke* betont mit Recht, daß derartige Empfindungen gewiß für das Zustandekommen der Starre im Stupor von einer gewissen Bedeutung sind, da man sie bei gehemmten Katatonikern nicht selten antrifft.

Zwei recht instruktive Fälle stammen von *Costantini*[1]) aus der psychiatrischen Klinik in Rom.

In dem einen Fall hatte sich das Kind bis zum fünften Jahr normal entwickelt, dann traten ziemlich rasch nacheinander auf: Echolalie, Mutismus, sinnloses Davonlaufen; im andern Falle blieb das Kind bis zum dritten oder vierten Lebensjahre normal und zeigte dann zuerst die Erscheinung der Schlaflosigkeit, es wurde stumm, starke Hemmung, Ab-

[1]) *Costantini*, Due casi di dementia praecocissima. Riv. di pat. nerv. e mentale. 13, 1908. H. 3.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stumpfung des Interesses: die beiden Fälle zeigten ziemlich übereinstimmend zur Zeit der Untersuchung (neuntes bzw. elftes Jahr) ausgesprochenen Negativismus, Stereotypien in Reden und Handlungen, Manieriertheiten, Echolalie, völlige Apathie, Mangel der Aufmerksamkeit. Im zweiten Falle war noch ein starker Wechsel von Hemmung und Erregung vorhanden, gelegentlich traten hochgradige, impulsartige Erregungen ein; der erste Fall zeigte einige epileptiforme Anfälle.

Vor einiger Zeit hatte ich Gelegenheit, in der Praxis folgenden recht interessanten Fall von reiner Katatonie im Kindesalter zu beobachten:

Das 5 jährige Kind Hermine B., Tochter des Betriebsleiters einer Fabrik, stammt aus gesunder Familie, ein älterer Bruder desselben ist an einer Infektionskrankheit gestorben, ein Bruder von 9 Monaten ist gesund. Das Kind hat sich bis vor einigen Wochen angeblich stets normal verhalten, hat in keiner Weise Auffälligkeiten dargeboten, hat zur rechten Zeit Sprechen und Laufen gelernt, sich gesellig andern Kindern gegenüber benommen. Zu der genannten Zeit, im Alter von nicht ganz 4 ½ Jahren, fiel den Eltern auf, daß das Kind nach und nach still und stumpfer wurde, daß es weniger sprach, sich oft störrisch zeigte, während es sonst verständig und gut lenksam war; gleichzeitig nahm das Interesse des Kindes für seine Umgebung, für sein Spielzeug ab. Der Zustand zeigte eine langsame Progression und hat sich allmählich zu dem von mir konstatierten, gleich näher zu definierenden entwickelt. Bemerkt sei besonders, daß in der ganzen Zeit nie Krämpfe eingetreten sind, daß das Kind nicht Bettnässer ist, daß es auch früher nicht, auch nicht zur Zeit des Zahnens an Krämpfen gelitten hat; auch die Geschwister sind frei von Krampfkrankheiten.

Als ich das Kind untersuchte, konnte ich zunächst eine eigentümliche Starre der Körperhaltung feststellen. Das Kind saß mit nach vorn gekrümmtem Rücken, die Arme, nicht ganz unähnlich wie bei den alten Leuten, die an Paralysis agitans leiden, angezogen an den Oberkörper (keine Tetaniestellung der Finger, auch sonst keine Zeichen für Tetanie!). Auf den Rücken gelegt, berührt der Hinterkopf die Unterlage nicht: also eine dem Opistotonus entgegengesetzte Körperhaltung. Die Haltung erinnerte sofort an die Körperstellung, wie sie erwachsene schwer katatoniekranke Patienten bieten. Die weitere Untersuchung ergab eine hochgradige Starre der oberen und unteren Extremitäten, jedoch keine Spasmen. Die Reflexe (s. u.) waren kaum erhöht, die mechanische Erregbarkeit der Muskeln vielleicht etwas lebhafter als normal, starke idiomuskuläre Wulstbildungen bei Beklopfen der Beugemuskeln, besonders der Arme. Die Arme schnellen nicht in die Stellung zurück, sondern werden starr in der Stellung gehalten, die man ihnen gibt. So kann man die Extremitäten in alle möglichen Lagen bringen, die gegebene St[illegible]


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird festgehalten. Bei der Ausführung passiver Bewegungen tritt starkes Unbehagen und gelegentlich die Andeutung einer Abwehrbewegung, die aber nicht voll zum Ausdruck kommt, ein. Das Kind zeigt vollständigen Mutismus, ist nicht zu bewegen, auch nur ein Wort von sich zu geben: es hat vorher schon ganz gut, seinem Alter entsprechend, gesprochen, auch schon einige Liedchen usw. auswendig hersagen können. Seit Beginn seiner Krankheit spricht das Kind so gut wie gar nicht mehr, nur einzelne besonders überraschende Ereignisse veranlassen es selten ein „Oh" oder dergleichen auszusprechen. Automatische Bewegungen habe ich selbst nicht wahrnehmen können, doch wurden mir derartige Angaben von den intelligenten Angehörigen des Kindes gemacht; für Sinnestäuschungen oder wahnhafte Ideen fehlt ein Anhaltspunkt, der Gesichtsausdruck ist ängstlich, abwehrend und ist es auch gegen die nächsten Angehörigen des Kindes. In letzter Zeit hat sich das Kind mehrmals beschmutzt, während es früher stets reinlich war.

Aus dem körperlichen Status sei hier nur erwähnt, daß das Herz und die übrigen inneren Organe sich als völlig gesund und normal erwiesen, insbesondere waren keine Anzeichen für Erkrankung des Magen-Darmtraktus vorhanden (keine Würmer!), auch hatten Erkrankungen von dieser Seite bisher nicht bestanden. Die Sensibilität und Schmerzempfindung, soweit sie geprüft werden konnten, waren normal, der Muskeltonus, wie oben schon ausgeführt, deutlich erhöht, die Reflexe von den Sehnen und der Haut aus, insbesondere das Kniephänomen etwas lebhafter als normal, keine Spasmen, kein Tremor, keine Atrophien der Muskulatur. Die Pupillen r. = l., von guter Innervation, auch sonst keine Störungen im Bereich der Hirnnerven und der peripheren Nerven. Der Augenhintergrund und die Augenbewegungen waren normal.

Das 5jährige Kind, bisher gesund, erkrankt ziemlich rasch an Stuporerscheinungen, es stellen sich große Starre der Körperhaltung, der Extremitätenmuskulatur ein. Das Benehmen ändert sich, das Kind wird störrisch, abweisend; nach und nach bilden sich ein ausgesprochener Negativismus, starke Hemmung und ausgesprochen katatone Erscheinungen aus. Das Kind wird völlig mutistisch, zeigt Automatismen, beschmutzt sich. Der ganze Zustand, für welchen organische Ursachen und Erkrankungen der körperlichen Organe nicht verantwortlich gemacht werden können, löst sich nach einigen Monaten, ohne daß anscheinend ein Defekt zurückbleibt.

Fälle von mehr hebephrenem Typus: Wie schon *Raecke* hervorhebt, ist es ganz unmöglich, die Fälle nach ihrem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr katatonen oder hebephrenen Charakter gegenseitig abzugrenzen. Man muß daher im einzelnen Falle darauf verzichten dies zu tun, es gibt ja auch keine scharfen Grenzen. Trotzdem treten natürlich in einzelnen Fällen die eigenartigen motorischen Erscheinungen gelegentlich mehr in den Hintergrund, und es kommt dann die eigentümliche und charakteristische Form der Verblödung deutlich zur Erscheinung, die bei Fehlen auch paranoider Komplexe ganz das Bild beherrschen kann. Diese gemeinsamen Züge, welche in der besonderen Form des geistigen Verfalls gegeben sind, sind von *Raecke* gleichfalls hervorgehoben, und es ist oben darauf hingewiesen worden.

Im Fall V von *Raecke* haben wir beispielsweise einen solchen Fall vor uns, der vielleicht mehr einen rein hebephrenen Eindruck machen kann. Derselbe betrifft einen 12jährigen Knaben, der ganz die eigenartige Form der Verblödung zeigt mit allerlei Bizarrerien, mit Wechsel von Erregung und Stupor, Negativismus und impulsivem Fortdrängen. Einen ähnlichen Fall, der freilich auch katatone Erscheinungen andeutungsweise erkennen läßt, der aber doch zeigt, daß die Fälle gelegentlich mehr nach der hebephrenen Seite ausgeprägt sein können, kann ich aus eigener Beobachtung im folgenden anführen:

Das Mädchen J. B., 9 Jahre alt, Tochter eines Hausmeisters, stammt von einer geisteskranken Mutter. Das Kind ist in der Irrenanstalt geboren. Die Stiefmutter kann mit dem Kinde schon seit längerer Zeit nicht fertig werden; das Kind soll sich im ganzen normal entwickelt haben, lernte auch bis vor kurzem gut in der Schule. Seit einiger Zeit ist das Kind störrisch, zänkisch, fängt plötzlich an seine Spielgenossen zu beschimpfen, Kinder, mit denen es sich sonst immer gut vertragen hat. Zu Hause sitzt das Kind viel stumpf umher, nachts soll es schlecht schlafen. Die Umgebung hat den Eindruck, daß das Kind nur mit Mühe gehen kann: alles erst seit einiger Zeit. Das Kind hat vor Beginn dieser Erscheinungen einige kleine Diebstähle (Geld, Esswaren, Brot) in der Schule und im Hause ausgeführt; dem Lehrer ist aufgefallen, daß das Kind im Schulhof seit einiger Zeit alte Papierfetzen, Steine und Schmutz sammelt, dazu hebt es alle alten Brotkrusten auf und ißt sie mit Heißhunger, als ob es fürchtete, die anderen Kinder könnten ihm diese wegnehmen: das Kind hat aber stets genügend Frühstück bei sich. Ebenso nimmt es, wo es kann, den andern Kindern ihr Brot weg und stopft sich die Taschen voll damit. Nimmt man ihm dies weg oder sucht man dies zu tun, so wehrt es mit dem Ausdruck großer Angst ab.

Die Untersuchung ergibt körperlich nichts Besonderes an den inneren Organen, Herz und Verdauungsapparat ist gesund. In den Extremitäten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestehen leichte Spannungen der Muskulatur, keine Spasmen; die Reflexe sind nur wenig erhöht. Keine Anzeichen für Epilepsie, auch Anfälle sind bisher nicht beobachtet. Im Gebiet der Hirnnerven keine Störungen. Das Kind antwortet langsam und mit Mühe, ist stumpf, still, macht apathischen, stark gehemmten Eindruck. Plötzlich steht es auf vom Stuhl und will aus dem Zimmer weggehen. Gegen jede Berührung widerstrebt das Kind, beim Sitzen hat es beständig die Neigung, die Beine an den Leib zu ziehen. Als es untersucht werden soll, wehrt es ängstlich ab; als der Arzt doch den Versuch macht dies zu tun, ruft es beständig „nein", bleibt dabei aber in starrer Haltung aufrecht stehen. Auf einige Fragen, nach dem Namen, Heimat, Eltern, Wohnung, gibt es nach vieler Mühe langsam und gepreßt eine richtige Antwort; warum es die genannten Handlungen begangen habe, weiß es nicht anzugeben, es gibt aber ganz deutlich zu, daß es weiß, es getan zu haben. Nach seinem Benehmen gefragt, warum es die Arme so starr halte usw., kann es keine Antwort geben, macht dabei aber ein ängstliches Gesicht und wehrt mit der Hand ab. Die Stimmung macht einen unbehaglichen, fast gedrückten Eindruck. Spontan spricht das Kind nicht, es soll auch zu Hause schon seit einiger Zeit nicht mehr viel gesprochen haben, während es früher gesprächig war. In der Folge treten dann die angedeuteten katatonen Erscheinungen mehr und mehr zurück und es bleibt nur die eigenartige Form des geistigen Verfalls, der weitere Fortschritte machte, deutlich bis jetzt bestehen. Auffallend bei dem Kinde ist eine bereits vorhandene relative Entwicklung der Brüste.

Wir haben hier also ein 9jähriges Mädchen vor uns, das erblich ungemein schwer belastet ist. Das Kind hat schon seit einiger Zeit als störrisch gegolten und ist deshalb mehrfach bestraft worden. Es stellen sich allerlei Sonderbarkeiten und Bizarrerien ein, Sammeln von Schmutz. Bei leidlichen Kenntnissen besteht eine auffallende Stumpfheit und starke Hemmung im Denken und Handeln, ängstliche Stimmung. Die Erinnerung an seine sonderbaren Handlungen war gut erhalten, es weiß aber keinen Grund dafür anzugeben. Die katatonen Erscheinungen, welche andeutungsweise einige Zeit vorhanden sind, verschwinden, es bleibt aber die eigenartige psychische Störung zurück und durch Monate unverändert bestehen.

Paranoide Fälle von Jugendirresein im Kindesalter: *Raecke* beschreibt einen schweren Fall von kindlichem Stupor bei einem 14jährigen Mädchen: Der Beginn der



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Affektion war hier mehr paranoid: Beeinträchtigungsideen gegen die Großmutter mit Erregungszuständen, daran schloß sich ein hochgradiger Stupor mit Mutismus, Nahrungsverweigerung, große Unsauberkeit mit heftigem Widerstreben gegen jede Maßnahme, jede Annäherung und mit aggressiven Neigungen.

In diese Reihe gehört wohl auch der folgende Fall meiner Beobachtung:

Der 15 jährige Knabe A. S., Sohn eines Kaufmanns, stammt aus gesunder Familie; ein Bruder ist mit 5 Jahren erblindet. Der Junge selbst hat die Schule nur bis zur 4. Klasse durchgemacht, er kam dann in eine Lehre, wo er sich als Kaufmann ausbilden sollte. Schon bald nach Eintritt daselbst fiel dem Lehrherrn an dem Jungen ein eigenartig verschrobenes Wesen auf, auch in einigen andern Lehrstellen ging es nicht mit ihm, weil er teils die erforderlichen Leistungen nicht auszurichten vermochte, teils aber immer wieder durch Eigenartigkeiten und Absonderlichkeiten auffiel und unbequem wurde. Die Eltern nahmen den Knaben stets nach Hause, behielten ihn, ohne weiteren Rat einzuholen, einige Zeit zu Hause und versuchten es dann in einer neuen Lehrstelle. In einer Stelle schließlich fiel er dem Lehrherrn bald durch seine starke Stumpfheit auf; er sei oft wie eingeschlafen gewesen, und der Lehrherr — es handelt sich um eine Vernickelungsanstalt — fürchtete schließlich, der Lehrling würde ihm einmal in eines der Bäder mit Lösungen zum Zweck der Metallbehandlung fallen, weshalb er den Jungen nach Hause schickte. Zeitweise war der Junge schon in dieser und einer früheren Lehrstelle plötzlich von der Arbeit weggelaufen; auf einer solchen Tour benahm er sich auf der Straße auffallend, er sprach vor sich hin, blieb dann plötzlich stehen und starrte ein Haus an, äußerte Beängstigungs- und Beeinträchtigungsideen. In der Folgezeit wechselte der Zustand zwischen Erregung, welche zuweilen einen ängstlichen Charakter annahm, und zwischen Phasen von Stumpfheit und Stupor. Er war dann zweimal kurze Zeit in der Irrenanstalt untergebracht.

Bei der Untersuchung fällt ein albernes, kindisches Benehmen auf; gibt aber im ganzen jetzt klare und geordnete Antworten. Die Kenntnisse sind recht dürftig, er ist zeitlich nicht vollkommen orientiert. Lacht bei der Unterhaltung unmotiviert vor sich hin, blickt auf einen Punkt, fährt dann wieder in die Höhe. Dazwischen murmelt er allerlei vor sich hin. Es läßt sich nicht sicher feststellen, erscheint aber wahrscheinlich, daß der Junge zurzeit noch an Sinnestäuschungen leidet. Hat in den letzten Tagen einen sehr ungeschickten Diebstahl begangen (das Verfahren wird niedergeschlagen). Bei einer nochmaligen Untersuchung äußert er gegen seinen früheren Lehrherrn allerlei unklare und verworrene Beeinträchtigungsideen, macht einen leicht ängstlichen und unsicheren Eindruck,


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt sonst ein Benehmen wie bei der vorigen Untersuchung, lacht dazu albern vor sich hin, guckt zur Seite, hebt einmal die Arme hoch und läßt sie wieder fallen. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Bemerkenswertes, keine Störungen der Motilität zurzeit nachweisbar, auch anamnestisch läßt sich nicht feststellen, daß solche einmal während der Krankheit bestanden haben. Der Fall ging in eine Heilung mit Zurückbleiben eines erheblichen Defektes aus, der Junge wurde weiter von seinen Eltern zu Hause behalten.

Der 14jährige erblich belastete Junge scheint schon von vornherein an einer leichten Imbezillität gelitten zu haben. In der Lehre fällt er durch sein albernes und verschrobenes Wesen, durch seine kindischen Manieren auf. In mehreren Lehrstellen mißglückt ein Versuch mit ihm, weil er fortwährend Absonderlichkeiten begeht, und weil er bei der Arbeit einschläft. Auf der Straße benimmt er sich sonderbar, äußert Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, erscheint beängstigt, auch Sinnestäuschungen scheinen in dieser Zeit bei ihm zu bestehen. Die Kenntnisse sind mäßig. Die akuten Erscheinungen verschwinden bald und es bleibt ein Defekt und Stumpfheit zurück.

Es muß nach diesen Beobachtungen wohl für sicher gelten, daß eine dem Jugendirresein entsprechende geistige Erkrankung auch in der Kindheit vorkommt, daß also die genannte geistige Affektion ihre Wurzeln bis in die Kinderjahre hinein erstreckt. Diese Beobachtungen rücken zunächst eine Reihe von Fragen in den Vordergrund, die die Betrachtung der mitgeteilten Fälle selbst an die Hand gibt. Dies ist einmal die Frage, welche der Jugendirreseinsformen im Kindesalter zunächst hervortreten.

Unter den von *Raecke* beobachteten Fällen von Katatonie findet sich einer, der Anklang an die paranoide Form dieser Krankheit zeigt, so daß man vielleicht zweifeln könnte, ob es sich um die katatone oder die paranoide Variation handelt.

Dieser Fall betrifft einen 15jährigen Knaben, bei welchem seit 5—6 Jahren Sonderbarkeiten und „verrückte Ideen" bestanden. Nach verschiedenen mißglückten Versuchen kam er in das Armenhaus, wo er nachts aus Furcht vor Leuten, welche ihn angeblich umbringen wollten, das Bett verließ. Einmal sagte er, alles sei elektrisch, ein andermal: „Da habe ich ein Messer, einmal ist die eine Seite rund, dann die andere;


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alles ist elektrisch." Lachte öfter unmotiviert. Weiterhin bei der Aufnahme und in der Anstalt konnten Sinnestäuschungen nicht sicher festgestellt werden; der Patient hat etwas Starres in der Haltung; es war nicht mit absoluter Sicherheit zu konstatieren, ob der Patient Sinnestäuschungen und Wahnideen gehabt hat, während katatone Erscheinungen während des Anstaltsaufenthaltes unzweifelhaft festgestellt wurden, so daß der Autor den Fall mit Recht zur Katatonie rechnet. Anklänge an die paranoide Form werden aber von *Raecke* selbst betont.

Ohne Zweifel besteht ein Vorherrschen der katatonen Form der Erkrankung in dieser Lebenszeit. Nach dem, was man bis jetzt von diesen Krankheitsbildern weiß, muß man annehmen, daß die katatone Form der Verblödung bei den kindlichen „Dementia-praecox"-Fällen in eigenartiger Weise dominiert. Dies hat in physiologischen Umständen seinen Grund: bei der starken neuromuskulären Erregbarkeit des Kindesalters ist es verständlich, daß dieses Gebiet in einer Erkrankung, die ohnedies nach dieser Seite ihren Einfluß fast in jedem Falle auch bei Erwachsenen geltend zu machen pflegt, bei Kindern ganz besonders stark in den Vordergrund tritt. Dann aber hat *Weygandt* mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß katatonieartige Komplexe der Motilität dem Kindesalter überhaupt eigen sind; *Weygandt* hat dies in etwas anderem Sinne getan: er hat bei den später zu erwähnenden katatonen Symptomen mancher Idioten gezeigt, daß diese Zustände — die doch in ihrer Gesamtheit ein Stehenbleiben auf einer niedrigen Entwicklung der Psyche ausdrücken — in einer physiologischen Stufe der kindlichen Bewegungen ihre Parallele finden. Das ist ohne Zweifel richtig, es gilt aber ein analoger Umstand auch für die Erklärung der katatonen Erscheinungen der Frühformen des Jugendirreseins. *Weygandt* weist darauf hin, daß die sprachlichen Störungen der Katatoniker sich aus Verhältnissen erklären, welche im Falle der Erkrankung die für die kindliche Stufe des Lallens physiologischen Faktoren sozusagen wiederholen.

Die kindliche Sprache ist, wie wir aus vielen Untersuchungen wissen (*Wundt*, *Amend*, *Idelberger*, neuerdings vor allem *C.* und *W. Stern*) in der ersten Zeit einfach psychomotorischer Ausdruck für gefühlsmäßige Erlebnisse (Schreiperiode), in einer zweiten Periode tritt die Selbstnachahmung und Fremdnachahmung, die Bildung der Laute nach den akustischen Merkmalen der Außenwelt (Lallen) auf, erst zuletzt wird die Sprache durch das Hinzutreten des Symbol-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bewußtseins der Lautzeichen intellektualisiert und begrifflich gestaltet. Die Äußerungen der Sprache des Kindes in der zweiten Periode erfolgen vielfach oder zumeist nach dem Klang — das ist ein äußeres Merkmal, wodurch sie den katatonischen Sprachstörungen ähnlich werden —, sie erfolgen in zweiter Linie unter dem Einfluß sinnlicher Triebe ohne begriffliche Beziehung und Inhalt, rein automatisch (Lallmonologe der Kinder, sprachliche Automatismen der Katatoniker und Idioten), und sie erfolgen in dieser Weise sehr oft rhythmisch, wie dies ebenfalls bei beiden genannten Gruppen regelmäßig in Erscheinung tritt. *Weygandt* zählt als sehr wertvollen Beleg zur Sprachstörung der Kinder eine Reihe von Reimen und Sprüchen, Abzählversen usw. aus Kinderspielen auf, welche vielfach nur eine Aneinanderreihung sinnloser Worte und Silben darstellen, und die in gewisser Weise eine Fixierung jener physiologischen Sprachstufen enthalten. *Weygandt* kommt zu folgendem Schlusse: „Ich muß nun durchaus annehmen, daß wir angesichts jener sprachlichen Äußerungen normaler Kinder keineswegs mehr den Umweg über die Dementia praecox nötig haben, um die absonderlichen sprachlichen Äußerungen vieler Idioten, vor allem die rhythmischen Wortreihen zu verstehen. Viel näher liegt es, daran zu denken, daß bei den in ihrer geistigen Entwicklung gehemmten Idioten die Sprachentwicklung im wesentlichen auf der zweiten Stufe, dem Lallen, der Entladung der motorischen Sprachzentren und Sprechmuskulatur lediglich unter dem Gesichtspunkte des Klanges stehen geblieben ist.“

„Ich möchte noch einen Schritt weitergehen und annehmen, daß auch bei den Katatonikern der Vorgang ihrer sprachlichen Störungen, vor allem die Inkohärenz wie auch die Verbigeration so zu verstehen ist, daß bei der Störung des apperzeptiven Denkens die begriffliche Sprache mitbetroffen ist, und, auf Grund der Erregung, die Äußerungen der Sprachorgane wieder unbeeinflußt vom begrifflichen Denken, lediglich als sprachliche motorische Entladungen, unter Einwirkung des Klanges vor sich gehen, und somit die katatonische Sprache sich der zweiten Entwicklungsstufe der Kindersprache wieder nähert.“ „Inwieweit“, so fährt der Autor fort, „das bei gewissen Verblödungsprozessen, besonders der Paralyse von *v. Wagner*, *Stransky*[1]) beob-

1) *Stransky*, Über die Dementia praecox. Wien. Med. Presse 1905.

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

achtete Symptom des „Säuglingsreflexes“, eines Mundaufschnappens bei Annäherung von Gegenständen an das Gesicht, als ein verwandtes Symptom, das Wiederauftauchen einer Reaktion des Säuglingsalters aufgefaßt werden darf, sei vorläufig noch dahingestellt. Sehr wohl deckt sich aber meine Auffassung mit der Anschauung von *Fauser*[1]), daß rhythmische Betonung auf einem Zurücktreten der aktiven Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge hinter sinnlichen Antrieben beruhe.“

Der ganze Vorgang der Äußerungen der Kinder, sowohl der sprachlichen wie derjenigen der übrigen Muskulatur, geht, entsprechend der psychischen Entwicklung der Kinder überhaupt, vom rein affektiven zum willensmäßigen und zur Betätigung in der Verfolgung objektiver Zweckmotive. Genau wie die Sprache sind auch die ungeordneten Bewegungen der Extremitäten der Kinder in der ersten Zeit nur gefühlsmäßige Ausdrücke für innere Erlebnisse ohne jede bestimmte gesetzmäßige Ordnung und ohne jede Unterordnung der bestimmten Bewegung unter das apperzeptive Denken. Die Parallele zwischen den psychischen Vorgängen und der Sprache ist deshalb weniger klar, weil von allen Bewegungen diejenigen, welche der Sprache dienen, die vornehmsten und unmittelbarsten Ausdrucksmittel des Denkens selbst sind. Aber in einer ähnlichen Beziehung stehen noch eine ganze Reihe der vom Körper ausgeführten Bewegungsvorgänge überhaupt. Ganz in derselben Weise wie die sprachlichen Bewegungsvorgänge ordnen sich im Laufe der Entwicklung auch die Bewegungen des übrigen Körpers, z. B. der Extremitäten; eine Betätigung solcher Bewegungen lediglich als Ausdruck sinnlicher Antriebe, als ungeordnete Entladungen von Trieben einfacher Art tritt im Laufe der Entwicklung mehr und mehr zurück. Allmählich werden im Laufe der Entwicklung die Bewegungen überhaupt, nicht nur die Sprache allein, den aktiven Aufmerksamkeits- und den Willensvorgängen untergeordnet. Die Störungen des apperzeptiven Denkens müssen ganz ähnlich, wie sie die Sprachvorgänge lockern, so auch diese Beziehungen lösen und, wie die Sprache dann, durch die Erregung verstärkt, nur noch als motorische Entladung vor sich geht, so müssen

[1]) *Fauser*, Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geistesschwachen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 62, 1905, S. 687.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch die übrigen Bewegungen, den Zweckmotiven entfremdet, nur noch als ebensolche motorische Entladungen, von sinnlichen Antrieben und einfachen Gefühlsvorgängen beherrscht, in Erscheinung treten. Ein Teil — nicht die ganzen motorischen Äußerungen — der Katatoniker, die Automatismen vor allem, finden hierin eine ausreichende Erklärung: der Vorgang spielt sich ganz in Analogie der klarer verständlichen Sprachvorgänge, der Verbigeration und der stereotypen und automatischen Sprachäußerungen — wobei die Klangassoziationen die bekannte große Rolle einnehmen — ab.

Wenn aber, und nach den Ausführungen von *Weygandt*[1]), *Fauser* u. a. darf dies als sicher gelten, die Katatoniker überhaupt die Wirksamkeit dieses Vorgangs zeigen, so muß derselbe bei kindlichen, an dieser Krankheit leidenden Patienten erst voll und ganz in Erscheinung treten können. Auch an einer anderen Stelle macht *Weygandt* darauf aufmerksam, daß die Schädigung, welche zu der Psychose der Dementia praecox führt, nicht nur die ganze psychische Eigenart des Individuums schwer schädigt, sondern daß der Mensch durch die Erkrankung gewissermaßen eine Stufe zurücksinkt und „hinsichtlich seiner motorischen und sprachlichen Äußerungen dauernd oder vorübergehend jenen flüchtigen Phasen der normalen kindlichen Entwicklung oder auch den durch Hirnentwicklungshemmung fixierten Zuständen bei vielen Idioten sich annähert". In der Kindheit nun, wo jene Vorherrschaft der motorischen Antriebe ohne Regelung durch Vorstellungen, das rhythmische Sichbewegen, die einfache Umsetzung sinnlicher Antriebe in Bewegung entweder eben noch gilt, oder wo dieser Zustand erst ganz kurze Zeit überwunden ist, wird es leicht sein, ihn durch Störungen, wie sie die „apperzeptive Verblödung" (*Weygandt*) mit sich bringt, wieder in Aktion zu bringen. Man muß ja immer den großen Unterschied zwischen den erwachsenen Fällen des Jugendirreseins oder doch denen, die sich im Pubertätsalter befinden, einerseits und den kindlichen Fällen insofern vor allem bedenken, als das bereits erworbene geistige Kapital und der ganze psychische Besitzstand der ersteren Fälle für die letzteren nicht in Betracht kommt, daß aber bei ihnen andererseits durch die geistige Erkrankung vor allem eine

---

[1]) *Weygandt*, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. Mon. f. Psych. u. Neurol., 22, 1907, S. 289.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung einer weiteren Erwerbung geistigen Kapitals eine Rolle spielt. Dieses nur nebenbei, um die großen klinischen Unterschiede, welche trotz der Gemeinsamkeit der Krankheit in so vielen Zügen existieren, zu erwähnen. Dieser Unterschied muß sich natürlich auch bei einer Ausdehnung des Krankheitsprozesses auf die motorischen und sprachlichen Fähigkeiten zeigen, wobei ebenfalls, wie dies schon *Weygandt* betonte, hervorzuheben ist, daß die Residuen des bereits erworbenen sprachlichen (und sonstigen) Besitzes eben bei den kindlichen Fällen nicht zur Mitwirksamkeit — oder in einem den physiologischen Grenzen angemessenen, eben viel geringeren Grade gelangen.

Die Katatonie ist mehr nur ein Symptomenkomplex, weniger ein Krankheitsbild sui generis: vielmehr stellt sie, auch in letzter Art, nur eine der Verlaufsformen des Jugendirreseins dar. Bekanntlich hat sich seinerzeit *Kräpelin* dahin ausgesprochen, daß zwischen gewissen Formen der Idiotie und der Dementia praecox eine innere Verwandtschaft besteht.

Er erwähnt einmal einen Fall, der einen 12jährigen Knaben betrifft, bei welchem in der vierten Lebenswoche zuerst Krämpfe eingetreten waren, die sich nachher oft wiederholt hatten: der Knabe war unerziehbar, kam in der Schule nicht mit, vom zehnten Lebensjahre an setzte bei ihm eine eigentümliche Verblödung ein, charakterisiert durch Unruhe, planloses Umherlaufen, Neigung zu Wutausbrüchen; der Knabe hatte einige Kenntnisse, war gut orientiert, kannte keine Zuneigung; Auffassung und Gedächtnis waren nicht gestört; er verhielt sich äußerlich korrekt, sein Urteilsvermögen war sehr primitiv, große gemütliche Indolenz.

Nach der ganzen Beschreibung müssen wir hier das Zustandsbild, wie es etwa der hebephrenen Form des Jugendirreseins eigen ist, als gegeben annehmen: ein ursprünglich vorhandenes organisches Hirnleiden (*Kräpelin* betont einen außerordentlich kleinen Schädel bei dem Kranken, außerdem hatten in der vierten Woche Krämpfe eingesetzt!) war die Ursache zu einer angeborenen Defektpsychose (Idiotie). Auf dieser Basis entwickelte sich dann später ein Symptomenkomplex, der der Hebephrenie entsprach. Diese Aufpflanzung eines solchen Komplexes auf eine primäre, organisch bedingte Idiotie, wobei für letztere Ursache auch klinische Erscheinungen bestehen, ist gar nicht so selten. Man sieht, wenn man sich einigermaßen häufig mit Idioten beschäftigt, bei etwas älteren Individuen diesen Symptomenkomplex im Laufe der Kindheit und Jugendjahre nicht so selten



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entstehen: es handelt sich hier um das Bild, für welches *Kräpelin* den instruktiven Namen der „Pfropfhebephrenie“ eingeführt hat.

Es ist gewiß wichtig, daran zu erinnern, daß die Katatonie der Kinder, auch als echte Krankheitsform aufgefaßt, nur eine der Varietäten des Jugendirreseins darstellt. In allen bisher betrachteten Fällen, sowohl was die eigentlich katatonen Fälle, als was die hebephrenen und paranoiden anbelangt, liegt das Wesentliche in der Charakterisierung, daß wir hier eine erworbene Defektpsychose vor uns haben, die durch den Intelligenzverfall — sei er auch reparabler Natur —, durch eine Reihe charakteristischer Begleiterscheinungen und durch das Verhalten der von der Krankheit weniger oder nicht mitbefallenen psychischen Komponenten ausgezeichnet ist: es ist oft im einzelnen Falle ganz unmöglich, eine Grenze zwischen den einzelnen Formen zu ziehen, da ebenso wie bei den verschiedenen Arten des Jugendirreseins nur in ganz „reinen“ Fällen die Charakterisierung durch das ausschließliche Dominieren eines jener drei Komplexe (katatonisch, hebephren, paranoid) bestimmt wird. Da das Wesentliche dieser Fälle in der charakteristischen Form der Verblödung liegt, so werden von *Ziehen*[1]) die verschiedenen klinischen Möglichkeiten auch nur als Varietäten der (hebephrenen) Grundform bezeichnet.

Diese obigen Ausführungen berühren auch den ganz selbstverständlichen Grund, warum die paranoiden Formen im kindlichen Alter eine erheblich geringere Rolle spielen müssen: trotz der Tatsache, daß in der sinnlosen Form der Wahnvorstellungen beim Jugendirresein sich gerade der Verfall der Intelligenz ausdrückt, und daß derartige Wahnideen auch bei kindlichen Patienten vorkommen können, tritt doch die wahnhafte Verarbeitung von Vorstellungen bei den kindlichen Patienten mehr zurück, weil dieses Symptom doch an und für sich schon einen gewissen Vorstellungskomplex und auch eine gewisse Aktivität desselben voraussetzt. Es scheinen auch die Fälle mit Sinnestäuschungen im Kindesalter seltener zu sein.

So lassen sich eine Reihe der hervorstechendsten Erscheinungen dieser Erkrankung, insofern sie bei kindlichen Fällen abweichen von den Fällen in der eigentlichen Pubertätszeit, einfach erklären aus den

[1]) *Ziehen*, l. c.

Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besonderen physiologischen Bedingungen, unter denen das kindliche Hirn, bei normalen wie pathologischen Verhältnissen, arbeitet.

Es erhebt sich nun aber die Frage, inwiefern diese Erkrankungen dem eigentlichen Pubertätsirresein, dem „Jugendirresein", an die Seite gestellt werden dürfen. *Infeldt*[1]) und ähnlich *Thomsen* haben sich dahin ausgesprochen, daß die Krankheit in der eigentlichen Kindheit überhaupt nicht vorkommt. Dem widerspricht nun die Erfahrung der obigen Fälle, und es bleibt nichts übrig, als diese eben dem Jugendirresein an die Seite zu stellen, wenn man nicht aus den Fällen im Kindesalter eine besondere, neue Krankheitsgruppe bilden wollte, was nicht zu rechtfertigen wäre. *Ziehen* macht speziell darauf aufmerksam, daß die Fälle, welche in die Zeit vor dem 12. Jahre fallen, sich in der Folge oft durch eine ungewöhnlich frühe Pubertätsentwicklung auszeichnen, und auch mir ist bei der Untersuchung des oben mitgeteilten Falles, den ein 9jähriges Mädchen von hebephrenem Krankheitstyp darstellt, eine auffallende Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere, besonders der Brustdrüsen, aufgefallen, ohne daß sich hierfür ein anderes Merkmal hätte ausfindig machen lassen. Vielleicht geben derartige Fälle auch den Schlüssel zu solchen Fällen, in denen eine frühzeitige Entwicklung der Pubertätsveränderungen äußerlich nicht erkennbar ist. Wir bringen bekanntlich das Jugendirresein als solches mit den Veränderungen im engen Zusammenhang, welche sich in dieser Zeit in einer großen Anzahl von körperlichen Organen abspielen, und die ohne Zweifel eng mit der für die Hirnfunktion sehr wichtigen inneren Sekretion in Zusammenhang stehen: es gehören hierher reine Wachstumsvorgänge, Verödungen und Rückbildungen, Ausbildung einiger Drüsen und Umgestaltung von deren Funktion, wahrscheinlich nicht allein der Geschlechtsdrüsen, Veränderungen im Stoffwechselhaushalt des Organismus. Vielleicht können unter gewissen Verhältnissen zeitliche Verschiebungen in dieser korrelativen wichtigen Reihe einsetzen, und schon allein ein zu früher Beginn irgendeiner dieser Funktionen kann vielleicht auf das Gehirn, das zu dieser Zeit, namentlich in den Kinderjahren, für die Verarbeitung dieser Veränderungen der inneren Sekretion noch nicht reif ist, einen nachteiligen und zu Krankheit führenden

[1]) *Infeldt*, Beiträge zur Kenntnis der Kindespsychosen. Jahrbuch f. Psych., 22, 1902, S. 326.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einfluß ausüben. Die äußere klinische Erscheinung dieser Kindheitspsychosen muß uns geradezu ein Anlaß sein, derartige Störungen als im Körper vor sich gehend anzunehmen, weil wir den Zusammenhang zwischen dem Jugendirresein und den Entwicklungs- und Umgestaltungsvorgängen der Pubertät als einen sicheren Besitz unserer Kenntnisse annehmen dürfen. Somit würde eine zeitliche Verschiebung und eine verfrühte Entwicklung von solchen Vorgängen, die normalerweise mit der Pubertätsreife zusammenhängen, den Ausschlag auch für die infantilen Formen dieser Erkrankung bilden, wobei freilich in den äußeren Körperveränderungen diese verfrühte Pubertätsentwicklung nicht immer zutage zu treten braucht. Somit würde sich auch für die kindlichen Fälle die Beziehung dieser Krankheitsgruppe zur Pubertätsentwicklung (*Cramer*) vollauf rechtfertigen lassen.

Eine wesentliche Frage bei der immerhin umstrittenen Beobachtung dieser Krankheitsgruppe ist die nach der differentialdiagnostischen Abgrenzung. Hierbei spielt die wichtigste Rolle ohne Zweifel die Abgrenzung der Frühformen des Jugendirreseins gegen Schwachsinnszustände, besonders in Anbetracht der Frage, ob und inwieweit etwa auch die katatonen Erscheinungen bei beiden Zuständen vorkommen. Ich werde diese Frage, auf welche schon *Weygandt* näher eingegangen ist, zusammen mit einer andern zum Schluß besprechen und will zunächst die Abgrenzung gegen einige andere Krankheitszustände, welche differentialdiagnostisch gelegentlich in Betracht kommen können, erörtern.

Nicht selten beginnen die Fälle von Früh-Jugendirresein mit stuporösen Erscheinungen; auch der Fall J. B. meiner Beobachtung, der oben mitgeteilt ist, zeigte erst nur diese Symptom ohne anderweitige Erscheinungen. Dabei dachte ich ganz natürlich zuerst neben andern gleich zu erörternden Möglichkeiten an das Vorhandensein eines Tumors. Bekanntlich steht diese Erscheinung oder die einer schweren Benommenheit bei Hirntumoren nicht selten auch zu Beginn im Vordergrund des Krankheitsbildes. So erwähnt *Bruns*[1]) in seinem bekannten Lehrbuch ausführlich die Erscheinung, daß eine eigentümliche Neigung zu Schlaf manchmal im Vordergrund der Erscheinungen steht. Der von mir oben erwähnte Fall von paranoidem

[1]) *Bruns*, Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1908.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jugendirresein zeigt in seiner ersten Zeit das Symptom des unbekämpfbaren Schlafens und des fortwährenden Einschlafens bei der Arbeit: in der Tat handelt es sich hier um einen schwer Stuporösen. Die Angaben des „Einschlafens“ stammten vom Lehrmeister. Die in beiden Fällen von mir ausgeführte Augenuntersnchung zeigte, daß, da der Augenhintergrund normal war, eine andere Ursache angenommen werden mußte, besonders da auch sonstige Erscheinungen von Hirndruck fehlten. Immerhin zeigen schon diese beiden Fälle allein, wie sehr differentialdiagnostisch der Hirntumor in Betracht kommt. Natürlich kann auch die beginnende Hydrozephalie („der flüssige Tumor“, *Schultze*) ähnliche Erscheinungen machen: auch hieran dachte ich bei meinem Falle I. B., mußte aber auch diese Annahme wegen des weiteren Verlaufs und des Fehlens sonstiger für jene Annahme sprechender Erscheinungen aufgeben. Eine besondere Rolle spielt bei der im Kindesalter auftretenden Krankheit die Abgrenzung gegen Störungen, die bei Kindern im Verlauf von Verdauungskrankheiten vorkommen. Bei der großen neuromuskulären Erregbarkeit des Kindesalters ist es begreiflich, daß abnorme im Körper befindliche Reize unschwer dieses System beeinflussen. Ich habe wiederholt bei Kindern, die an schweren toxischen Verdauungsstörungen litten, in einem Falle bei einem Kind, das an einem Bandwurm laborierte, ähnliche Erscheinungen gesehen, wie sie wohl auch das Bild der Katatonie im Kindesalter vortäuschen kann: Benommenheit und eine eigentümliche Starre, vielleicht auf einer Tonus-Übererregbarkeit der Muskeln beruhend, vielleicht auch rein psychogen; mit Behebung der Ursache verschwand in den Fällen rasch und restlos der Zustand. Diese Überlegung ist therapeutisch insofern von Wichtigkeit, als sie es notwendig macht, in allen Fällen, die derartige Symptome bieten, und in denen eine sichere Diagnose von vornherein nicht möglich ist, auch dann eine Darmtherapie einzuleiten, wenn greifbare Erscheinungen hierfür nicht bestehen. Ich behandele jeden Fall mit derartigen Erscheinungen zunächst auf seine Darmfunktion und habe vorsichtshalber diese — aber ohne Erfolg — auch bei obigen Fällen versucht.

Natürlich kann die vielgestaltigste aller Krankheiten, die Hysterie, auch ebenso wie bei Erwachsenen im Kindesalter einen katatonen Komplex vortäuschen. Es ist hier nicht der Ort, auf die Differentialdiagnose dieser Zustände einzugehen, nur auf die Notwendigkeit sie


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu berücksichtigen sei hingewiesen. Ich hatte kürzlich durch die Freundlichkeit von Herrn Prof. *Herxheimer* in der Hautklinik des allgemeinen Krankenhauses hier Gelegenheit, einen Fall von Hysterie bei einem 5jährigen Knaben zu beobachten, der in manchen Dingen sehr an die oben dargestellten Fälle von Katatonie der Kinder erinnerte. Der Junge stand, als ich ihn das erstemal sah, in schiefer Haltung, den einen Arm nach rückwärts, den andern eingebogen und mit geballter Faust, den Kopf etwas zur Seite gewandt, da. Die Haltung war ganz starr, und bei dem Versuch, sie zu lösen, begegnete man heftigem Widerstand. Diese Haltung bot der Knabe zuerst die ganze Zeit, nachher mindestens stets während der ärztlichen Visiten. Zureden half nicht viel. Die Krankenschwester erzählte, daß der Junge, wenn er sich nicht beobachtet glaube, ganz frei sitze und daß keine Störung an ihm zu bemerken sei. In jener Stellung konnte er, da eine Antwort von ihm nicht zu erzielen war, er sich abwehrend gegen jeden Eingriff verhielt, also sozusagen negativistisch war, wohl für einen Fall von Stupor mit Hemmungserscheinungen gehalten werden.

Die wichtigste differentialdiagnostische Seite der Affektion betrifft den Umstand, daß ähnliche Erscheinungen von katatonen Symptomen auch bei Idioten vorkommen. Diese Tatsache ist von *Weygandt* zum Gegenstand interessanter Erwägungen gemacht worden, auf welche ich hier etwas näher eingehen will.

Idioten mit katatonieartigen Erscheinungen sind etwas ungemein häufiges, und jeder, der sich aufmerksam mit Idioten beschäftigt hat, wird aus einem größeren Krankenmaterial eine große Zahl von Fällen anzuführen wissen. In der schon mehrfach erwähnten Arbeit führt *Weygandt* aus der Literatur, besonders aus den *Bourneville*schen Recherches solche Fälle in großer Zahl vor und gibt aus seinen eigenen Beobachtungen solche Fälle wieder: das Wesentliche ist dabei, daß das genannte Symptom bei jeder Form der Idiotie vorkommt, daß es also nicht eine für eine bestimmte Krankheitsform charakteristische Erscheinung darstellt. Die Fälle aus *Weygandts* eigener Beobachtung sind kurz folgende:

Ein tiefstehender Idiot, der auf Aufforderung die Zunge zeigte, sonst gleichgiltig war und wenig sprach, der besonders auf der l. Seite zerebrale Reizerscheinungen erkennen ließ, zeigte Katalepsie und ausgesprochene Echopraxie. Ein anderer Fall, der einen 16jährigen Idioten



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN · Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 · Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betraf, mit seltenen epileptischen Anfällen, Spasmen in den unteren Extremitäten, der einige Kenntnisse besaß, ganz gut rechnete und gute Aufmerksamkeit zeigte, bot das Symptom der Echopraxie in deutlicher Weise, zeigte außerdem Katalepsie. Ein weiterer Fall desselben Autors ist folgender: 10jähriger Idiot mit Genu valgum, Adenoma sebaceum, ungleichen und nicht normal reagierenden Pupillen zeigt rhythmisches Schlagen mit der Hand und unmotiviertes rhythmisches Schnaufen. Zeitweise bestanden epileptische Anfälle. Ein Idiot mit hochgradigem Genu valgum und verkrüppelten Füßen zeigt manieriertes Handheben wie ein ausgesprochen Katatoniekranker. Auch andere Fälle, besonders einen Fall von mongoloider Idiotie, macht *Weygandt* namhaft.

Man kann diese interessanten Beispiele beliebig vermehren, und ich will zum Beweis des von *Weygandt* aufgestellten Grundsatzes, daß alle diese Erscheinungen bei jeder Art von Idiotie vorkommen, daß sie also nicht der Ausdruck einer besonderen, als Frühform der Dementia praecox aufzufassenden Form von Idiotie sind, eine Reihe eigener Beobachtungen von ähnlichen Fällen hier kurz wiedergeben. Die in sämtlichen Fällen ausgeführte Sektion zeigt deutlich, daß es sich um anatomisch total verschiedenartige Zustände gehandelt hat.

Knabe, 14 Jahre alt. Familienanamnestisch nichts Besonderes. Als kleines Kind gesund. Mit 1 Jahr Krämpfe, die seitdem bestehen. Geistig keine Entwicklung; tiefstehender, reaktionsloser, völlig unselbständiger Idiot, unsauber, keine Aufmerksamkeit. Körperlich bis zum 12. Jahre wohl. Keine Lähmungen usw., Hirnnervengebiet intakt. Bei dem Kranken bestehen ausgeprägte Automatismen, der Kranke macht, während er in seinem Stuhl sitzt, fortwährend nickende Bewegungen nach vorn. Außerdem ist das Symptom der Katalepsie vorhanden. Der Kranke behält Stellungen, die man seinen Armen gibt, oft sehr lange bei. Deutlich vorhanden ist ein negativistisches Verhalten bei allen Annäherungsversuchen. Im Gesicht besteht seit Aufnahme in die Anstalt Adenoma sebaceum. Wann es zuerst auftrat, ist nicht bekannt, hat sich seit der Aufnahme langsam stärker entwickelt. Bedeckt Umgebung der Nase, die Nasolabialfalten, die Seiten des Mundes usw. nach auswärts etwa bis zur Mitte der Wange. Knötchen dunkelrot, meist einzeln, nur teilweise konfluiert. Viele linsengroß und darüber. Innere Organe im letzten Lebensjahr: Polyurie (kein Albumen), Zeichen von Herzschwäche, Hydrops. Tod an allgemeinem Hydrops. Sektion: Tuberöse Hirnsklerose (Herde, tub. Windungen und Ventrikelknoten), Nierentumoren.

Ein zweiter Fall betrifft ein 9jähriges, an juveniler Paralyse leidendes Kind. Der Fall ist kurz folgender: Anamnestisch ist nichts bekannt. Das Kind soll bis zum fünften Jahr normal gewesen sein, wurde dann stumpf und ging geistig zurück, wurde auch körperlich hilflos. Auf de-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Höhe der Krankheit bestand Pupillendifferenz, die Pupillen reagierten ungleich, die Kniereflexe fehlten, eine deutliche Sprachstörung war vorhanden (Skandieren und Silbenstolpern), keine Größenideen, ziemlich rasch fortschreitende totale Verblödung, keine Anfälle. Die Kranke zeigte ausgesprochene Katalepsie und stereotype Bewegungen. Der Sektionsbefund ergab eine chronische Leptomeningitis, Hydrocephalus internus, Ependymitis granularis. Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine ausgesprochene juvenile Paralyse, auch mit Einschluß des charakteristischen Kleinhirnbefundes.

Der dritte Fall betrifft einen tiefstehenden Idioten von 30 Jahren ohne jede Spur geistiger Regungen, mit hochgradig verkrüppelten Extremitäten. Für nichts Interesse, Aufmerksamkeit nicht zu fesseln. Schwere Epilepsie mit häufigen Anfällen, die erst in den letzten Lebensjahren auftraten. Spasmen in allen vier Extremitäten, Reflexe erhöht, innere Organe ohne Besonderheit. Der Kranke bot ausgesprochen das Symptom der automatischen Bewegungen, saß beständig in stereotyper starrer Haltung da. Die Sektion ergab eine hochgradige Porenzephalie der r. und tiefgreifende Bildungsanomalien der l. Hemisphäre (Heterotopien usw.).

Ein mongolisches Mädchen von 11 Jahren, tiefidiotisch, von charakteristischem Gesichtstypus, mikrobrachyzephalem Schädel, größter Weichheit der Gelenke, mit Herzinsuffizienz, großer rauher Zunge, ist etwas kataleptisch, ausgesprochen echopraktisch und zeigt automatische Bewegungen.

Es sollten hier nur einige ganz verschiedene Fälle von Idiotie namhaft gemacht werden, in welchen deutlich eine ganz verschiedene anatomische Ursache sich ergibt. Die Zahl der Idioten überhaupt, welche die hier in Frage gestellten Erscheinungen darbieten, ist ungeheuer groß, und besonders bei tiefstehenden Formen von Idiotie findet man Erscheinungen dieser Art wohl in mehr als der Hälfte aller Fälle. Der Charakter dieser Erscheinungen ist, worauf schon *Weygandt* aufmerksam gemacht hat, recht verschieden. Der genannte Autor hebt hervor, daß man allerlei merkwürdige, sich rhythmisch wiederholende motorische Entladungen dabei beobachten kann, sonderbare Stellungen der mimischen und Körpermuskulatur. Es gehört ja zu den charakteristischen Bildern, die wir beim Gang durch eine Idiotenanstalt in uns aufnehmen, daß eine große Zahl der Patienten irgend solche Stereotypien darbietet: Nickbewegungen des ganzen Körpers und besonders in sitzender Stellung von seiten des Oberkörpers, schlagende Bewegungen der Hände, Grimassieren, Zungenbewegungen und dergleichen. Die nachahmenden, sich in derselben Weise abspielenden



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewegungen stehen schon etwas höher. Unter den tiefen Automatismen spielen aber ganz besonders eine große Rolle das triebartige Schlagen des eigenen Körpers (auch das triebartige Onanieren, *Weygandt*). So ist mir ein Fall bekannt, der einen tiefstehenden, sich beständig gegen den Schädel schlagenden Idioten betrifft; derselbe ging schließlich an einer Hirnblutung, die er sich durch das beständige Beklopfen seines Kopfes geholt hatte, zugrunde. Ein anderer Fall meiner eigenen Beobachtung betrifft einen ganz tiefstehenden Idioten von 15 Jahren, der sich beständig mit der Rückseite seiner Hände gegen das Jochbein beider Seiten schlägt, so daß schließlich auf beiden Backen dicke hornartige periostale Verdickungen und solche der Haut hervorwuchsen. Ganz dieselbe Stelle nehmen natürlich die katatonieartigen sprachlichen Äußerungen vieler Idioten ein.

Im gegebenen Falle ist es, wenn man sich plötzlich einem Kranken gegenübergestellt sieht, unter Umständen nicht leicht, die Diagnose zu stellen, ob ein Fall von angeborenem Schwachsinn mit katatonen Symptomen oder ob ein Ausgangszustand nach kindlicher Katatonie vorliegt, etwa eine Heilung mit erheblichem Defekt. Im akuten Stadium wird man die letztere Affektion ja schon eher erkennen. Da auch nach den ganzen Verhältnissen der kindlichen Psyche das charakteristische Verblödungsbild (die apperzeptive Verblödung von *Weygandt*) nicht immer mit Deutlichkeit in Erscheinung tritt, so ist der Entscheid nicht selten auf die Beachtung des Verlaufs und der Begleiterscheinungen der Krankheit angewiesen. Man muß auch bedenken, daß die Frühform des Jugendirreseins gar nicht selten auf dem Boden einer von Haus aus vorhandenen Imbezillität entsteht (*Kräpelins* Pfropfhebephrenie).

Interessant ist in dieser Beziehung, was *Raecke* über einen seiner Fälle schreibt: es handelt sich hier um einen 12jährigen Knaben, der nach kurz vorausgehenden Störungen in der Klinik psychische Störungen, Fortdrängen und Negativismus darbot. Er wurde nach einigen Wochen geheilt entlassen. Nach 4 Jahren kam derselbe Patient wieder mit ganz ähnlichen Symptomen wie bei der ersten Aufnahme. Der Autor hebt hervor, daß der Patient jetzt so sehr einem einfachen Imbezillen ähnlich war, „daß man ohne die frühere Beobachtung leicht die erworbene Psychose hätte übersehen und einen angeborenen Schwachsinn mit Erregung diagnostizieren können“. Die Eltern übersehen in


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fällen, welche vielleicht ähnlich verlaufen und gelegentlich zu Hause abgemacht werden, eine kurz dauernde Verstimmung der Kinder; tritt dann die Krankheit als akute Phase hervor, so würde man auch aus den Angaben der Angehörigen den Eindruck einer frischen Erkrankung gewinnen. Es gibt daher — und hierin schließt sich *Raecke* der Meinung von *Kräpelin* u. E. mit Recht an — wohl sicher solche Fälle, in denen ein bestehender Schwachsinn mit angedeuteten katatonen Erscheinungen das Residuum einer in der Kindheit überstandenen, erworbenen geistigen Erkrankung, einer echten Katatonie ist. *Raecke* macht darauf aufmerksam, daß auch *Kelp*[1]) eine derartige Annahme schon ausgesprochen hat. Also wenn es auch feststeht, daß die katatonen Erscheinungen der Idioten nicht verwechselt werden dürfen mit der echten Katatonie des Kindesalters, so können doch gelegentlich Fälle vorkommen, in denen es schwer ist zu entscheiden, in welche von beiden Kategorien der Fall gehört, obwohl dieselben klinisch etwas durchaus Verschiedenes sind.

Es ist eine besondere Frage, wie sich die Frühformen des Jugendirreseins zu den als „Dementia infantilis" bezeichneten Fällen (*Heller*)[2]) verhalten. *Heller* definiert die Gruppe auf Grund mehrerer von ihm beobachteter Fälle folgendermaßen: „Die Dementia infantilis ist dadurch gekennzeichnet, daß nach einer Periode normaler oder annähernd normaler geistiger Entwicklung, zumeist im 3. oder 4. Lebenjahre, bald unter stürmischen Erscheinungen, bald mit schleichendem Verlauf eine schwere Verblödung eintritt, welche unter dem Bild einer tiefen Idiotie endigt." Was die Fälle, die *Heller* mitgeteilt hat, auszeichnet und besonders hervortreten läßt, ist der verhältnismäßig akute Beginn, dann ein Stadium mit stark hervortretenden, zuweilen delirienartigen Symptomen, dem, wie es scheint, ausnahmlos der Ausgang in tiefe, rasch zunehmende Verblödung folgt. Das psychische Bild zeichnet sich, wie durch einen besonders von *Weygandt* genauer untersuchten Fall dieser Art festgestellt ist, durch die gute Aufmerksamkeit, die lebhaften Affekte gerade recht erheblich von den Ausgangszuständen des Jugendirreseins ab. Andererseits treten bei einigen Kranken rhyth-

[1]) *Kelp*, Psychosen im kindlichen Alter. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1890, S. 75.

[2]) *Heller*, Über Dementia infantilis. Zeitschr. f. jugendl. Schwachsinn, Vogt-Weygandt. II, 1908, S. 17.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mische und ticartige Bewegungen hervor, und es kann dann, wenn der Verlauf weniger stürmisch ist, das Bild einer Frühform der Dementia praecox recht ähnlich werden. Es erscheint mir demnach gewiß, daß in den von *Heller* als Dementia infantilis bezeichneten Fällen im großen und ganzen eine besondere Form von Krankheitsfällen sich verbirgt, deren genauere Natur für uns einstweilen noch in Dunkel gehüllt ist, welche aber sicher nicht den sonst bekannten Formen der kindlichen Geistesstörungen einzureihen sind. Auch lassen sich die typischen Formen der *Heller*schen Fälle mit Bestimmtheit von den Frühformen des Jugendirreseins abgrenzen. Es gibt also zweifellos noch weitere Fälle von kindlichen Verblödungsprozessen, die als erworbene Geistesstörungen uns entgegentreten, und für die es gewiß angezeigt ist, sie einstweilen unter dem von *Heller* gewählten Namen abzugrenzen.

Diese ganzen letzten Erörterungen hängen mit Verlauf und Ausgang des frühen Jugendirreseins eng zusammen. So sind in den Fällen der *Raecke*schen Beobachtungen von ganz besonderem Interesse gewisse Unterschiede der Krankheitsfälle, welche sich besonders auf das frühere Verhalten der Patienten und auf den Verlauf und Ausgang der Krankheit beziehen. 4 Kinder waren zweifellos von Haus aus geistig schwach, doch scheint die imbezille Basis auf die Form des Krankheitsbildes keinen wesentlichen Einfluß ausgeübt zu haben. Die anderen 6 Kinder waren zwar nicht geistesschwach, scheinen aber wenigstens teilweise gewisse Eigentümlichkeiten schon früher dargeboten zu haben. Diese einleitenden Erscheinungen sind recht häufig. Hinsichtlich des Ausgangs verzeichnet der Autor folgendes: In der Hälfte der Fälle wurde durch die Behandlung in der Klinik zunächst eine wesentliche Besserung erzielt, so daß die Angehörigen die Kinder als geheilt erachteten und meist nach Hause abholten. In 2 Fällen erfolgte aber bald ein Rezidiv, in 2 Fällen kam es zu deutlicher Defektheilung, 3 Fälle können als geheilt gelten. Einen nicht ganz klaren Ausgang, der aber auch als eine Heilung mit Defekt anzusehen ist, hatten 2 weitere Fälle, in 2 Fällen kam es zu keiner Heilung. Im ganzen kann, ähnlich wie bei der Katatonie der Erwachsenen, für welche *Meyer*[1]) $^1/_3$—$^1/_4$ der Fälle als heilbar ansieht (*Raecke*[2]) 27%), ein Teil der Fälle als prognostisch nicht ungünstig gelten.

[1]) *Meyer*, a. a. O.

[2]) *Raecke*, a. a. O.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einen solchen geheilten Fall stellt auch meine oben näher mitgeteilte Beobachtung dar; soweit bis jetzt zu übersehen ist, handelt es sich nicht um eine Heilung mit Defekt, doch ist die Möglichkeit eines Rezidivs um so mehr immer noch im Auge zu behalten, als seit Ablauf der eigentlichen Krankheitserscheinungen erst einige Monate verflossen sind.

Für das kindliche Alter, die Zeit des Lernens und des Erwerbens eines geistigen Kapitals, ist natürlich eine Krankheit wie diese, auch wenn kein totaler Defekt zurückbleibt, von recht großer und einschneidender Bedeutung für die weitere Entwicklung. Sie hindert mindestens eine Zeitlang die Erwerbung weiterer Kenntnisse und Eindrücke, und es muß bei längerem Bestand oder bei Heilung mit Defekt doch ein recht erheblicher Mangel, der mit fortschreitenden Jahren immer stärker wird und durch das Mißverhältnis mit dem Alter immer mehr den scheinbaren Charakter eines kindlichen Schwachsinnszustandes annimmt, resultieren.

Der Verlauf ist durchaus kein übereinstimmender. Die Heilung ist meist eine relative, ein geringer Defekt bleibt wohl meist zurück. Inwieweit die im Kindesalter schon an einer so schweren Psychose erkrankenden Fälle im späteren Leben versagen, läßt sich nicht feststellen, weil bisher keine durch längere Jahre beobachteten Fälle vorliegen: eine große Gefahr hierfür ist aber natürlich vorhanden, ganz besonders zu Remissionen, wie es scheint, so daß ein Verkennen des Zustandes, wenn er nicht von sachkundiger Seite diagnostiziert wird, recht leicht vorkommen kann. Auch *Raecke* macht darauf aufmerksam, daß die meisten Kranken von den Hausärzten behandelt werden, daß also der wahre Sachverhalt gelegentlich übersehen werden kann. Dann aber trägt ja immer wieder ein besonderer, bedauerlicher Umstand dazu bei, daß nicht einmal die psychiatrischen Ärzte ausreichend mit diesen Krankheitszuständen bekannt werden: ein großer Teil dieser Kranken, soweit sie nicht genesen, kommt bei dauerndem Intelligenzdefekt wegen seines jugendlichen Alters nicht in die Irrenanstalten, sondern in die Anstalten für Schwachsinnige unter irgendeiner Firma, welche der Aufnahme dort keine Schwierigkeiten bereitet, als „Blödsinnige“ oder „Schwachsinnige“, was sie im medizinischen Sinne nicht sind. Dann aber sind sie meist für jedes ärztliche Wissen und Wirken endgültig als verloren zu betrachten. Eine genaue Durcharbeitung des


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankenbestandes einer größeren Schwachsinnigen-Anstalt würde auch nach dieser Seite wahrscheinlich recht interessante Ergebnisse zutage fördern und den schon oft betonten Satz bestätigen, daß in den Idioten-Anstalten ein buntes Krankenmaterial — das nicht einmal immer der Idiotie zugehört — zusammenströmt.

Was den Verlauf der kindlichen Fälle des Jugendirreseins im ganzen genommen anlangt, so scheint nach den bisherigen Erfahrungen, die natürlich weiterer Vertiefung durch fortgesetzte Beobachtung dieser interessanten Krankheitszustände bedürfen, sich die von *Cramer* gegebene Einteilung auch für die Frühformen durchaus zu bestätigen. Diese Einteilung beruht auf der über lange Zeit ausgedehnten Beobachtung zahlreicher Fälle, die von *Cramer*s Schüler *Rizor*[1]) in großem Maßstabe katamnestisch nachgeprüft worden sind: nach diesen Erfahrungen zeigt von den Fällen, welche in der Pubertätszeit erkranken, ein Teil einen geistigen Stillstand als vorzeitigen Abschluß der psychischen Entwicklung, ein 2. Teil zeigt eine mehr oder weniger akut verlaufende Psychose, die zur Ausheilung kommt oder aber zum geistigen Stillstand (Mangel der Fortentwicklung) führt. Bei einem 3. Teile handelt es sich um Psychosen in der Pubertät, welche in einzelnen Attacken verlaufen, und die nicht zur Ausheilung kommen. Der 4. Teil endlich zeigt Psychosen, die relativ in kurzer Zeit zur Verblödung führen. Für jede dieser Gruppen läßt schon das bisherige spärliche Beobachtungsmaterial Paradigmata nachweisen, und auch die hierin gegebene Übereinstimmung spricht für die Berechtigung der Annahme, jene Kindheitszustände als Frühformen des Jugendirreseins zu betrachten.

Noch ein Wort über die erzieherische Bedeutung dieser Krankheitszustände! *Siemerling*[2]) hebt bei den in seiner Klinik beobachteten (von *Raecke* mitgeteilten) Fällen hervor, daß wiederholt die beginnenden Krankheitserscheinungen von der Umgebung und von den Lehrern für Mangel an gutem Willen und Mangel an Achtsamkeit gehalten wurden. Es kommt dann leicht zu ungerechten Strafen: so wurde in einem Falle bei einem 14jährigen Knaben, der plötzlich nicht mehr ordentlich schreiben konnte und die Feder falsch faßte, mit Strafe vorgegangen.

[1]) *Rizor*, Jugendirresein. Arch. f. Psych., 43, 1908, H. 2 u. 3.

[2]) *Siemerling*, Über nervöse und psychische Störungen der Jugend. Vortrag. Berlin 1909.


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Junge ging eine Zeitlang mit Sorgen zur Schule, weil er sich fürchtete, wieder nicht schreiben zu können, bis schließlich die schwere Erkrankung ausbrach. In einem andern Falle wurden die schlechten Leistungen des Knaben als Zerstreutheit und Mangel an Energie, in einem andern Falle die schlechten Leistungen im Rechnen als Trägheit angesehen: es hängt dies damit zusammen, daß dem Ausbruch der Krankheit nicht selten ein mehr oder weniger langes Vorstadium vorhergeht, in welchem die Kinder allerlei Abweichungen von ihrem sonstigen Verhalten (*Siemerling* nennt Zerstreutheit, Zerfahrenheit, Nachlassen der Leistungen, Sonderbarkeiten, schlaffes Benehmen usw.), darbieten. Es hängt das mit dem oben Gesagten zusammen. Es ist jedenfalls ungemein wichtig, daß der Arzt diesen Zustand kennt, und daß er an die Möglichkeit eines Prodroms geistiger Erkrankung denkt, daß er verhindert, daß die Kinder erzieherisch und pädagogisch über ihre Kräfte in Anspruch genommen werden.

Ohne Zweifel wird die weitere Mehrung einschlägiger Beobachtungen wieder einige Bausteine dazu beitragen, uns das Gebiet der psychischen und nervösen Veränderungen des kindlichen Lebensalters mehr und mehr zu erschließen.

Zusammenfassung: 1. Auch vor dem Beginn der eigentlichen Pubertät kommen Krankheitszustände im Kindesalter vor, welche nach ihrem symptomatologischen Verhalten, ihrem Verlauf und ihrem ganzen Charakter als Frühformen des Jugendirreseins gelten müssen.

2. In manchen Fällen lassen sich direkt die Symptome einer abnorm frühen Pubertätsentwicklung nachweisen: in anderen Fällen ist diese wahrscheinlich. Das Einsetzen jener durchgreifenden Veränderungen, welche der Organismus in der Pubertätszeit durchmacht, zu einer abnorm frühen Zeit — ganz oder teilweise —, bietet schon an und für sich die Möglichkeit zu einer Affektion der Hirntätigkeit.

3. Auch die Frühformen des Jugendirreseins zeigen katatone, hebephrene und paranoide Zustände. Weitaus am häufigsten sind die ersteren, die letztgenannten naturgemäß am seltensten. Die Häufigkeit der katatonen Erscheinungen im Kindesalter erklärt sich aus dem psychomotorischen Verhalten des Kindes überhaupt, das besonders geeignet ist, derartige Komplexe zur Auslösung gelangen zu lassen. Das übrige Symptomenbild zeigt deutlich die charakteristische Form


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Verblödung, dazu bestimmte Eigentümlichkeiten, welche sich aus dem Verhalten der kindlichen Psyche erklären.

4. Viele Fälle pfropfen sich auf schon vorhandenen Schwachsinn auf, andere haben schon mehr oder weniger lange Zeit vorher Sonderbarkeiten, eigentümliche Manieren usw. gezeigt. Letztere Fälle werden nicht selten in der Schule verkannt und bestraft. Manche Fälle betreffen aber bis dahin völlig normale Kinder.

5. Heilungen kommen vor: ob diese Fälle später besonders leicht versagen, läßt sich einstweilen noch nicht entscheiden. Remissionen sind häufig. Viele Fälle gehen in Heilung mit Defekt, manche in totale Verblödung über. Für die Verlaufsart der kindlichen Formen des Jugendirreseins gelten durchaus die von *Cramer* festgestellten Grundsätze.

6. Differentialdiagnostisch kommen außer Hysterie, Muskeltonuserhöhung bei Verdauungskrankheiten, organischen Krankheiten und einigen anderen Affektionen vor allem die Fälle von Idiotie mit katatonen Erscheinungen (*Weygandt*) in Betracht. Katatone Symptome sind bei Idioten häufig. Andererseits können Frühfälle von Jugendirresein, die mit Defekt geheilt sind, solchen Schwachsinnsfällen recht ähnlich werden. Die Diagnose muß, wenn die Differenzierung aus dem charakteristischen Verblödungsprozeß versagt, aus dem Verlauf und den Begleiterscheinungen gestellt werden. Es gibt Fälle, in denen eine Differentialdiagnose zweifelhaft sein kann. Die Fälle von Dementia infantilis gehören z. B. in die Gruppe der Frühform des Jugendirreseins, stellen aber zum andern Teil noch eine weitere, ihrer Natur nach einstweilen völlig unbekannte Krankheitsform dar.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wasserscheu und Militärdienst.

Beitrag zur Charakteristik der Imbezillität.

Von

Dr. **Rud. Gerlach,**

Abt.-Arzt d. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim

(San.-Rat Dr. Gerstenberg).

K. F., geboren am 18. Oktober 1886 zu H., wurde am 10. Oktober 1907 bei einem Infanterie-Regiment in H. eingestellt. Außer einem Strafrapport ist er nicht bestraft; seine Führung wird als „g u t“ bezeichnet. Am 3. August 1908 wurde er zum Baden und Schwimmen kommandiert. Dem Befehle, ins Wasser zu gehen, leistete er keine Folge. Als Grund seines Ungehorsams gab er dem aufsichtführenden Offizier an, der Fuß täte ihm weh (er war wegen eines Fußleidens vor kurzem behandelt), auch wäre ihm das Wasser zu kalt. Obwohl der Befehl wiederholt und F. darauf aufmerksam gemacht wurde, daß er sich der Gehorsamsverweigerung schuldig mache, führte er den Befehl nicht aus. Bei der gerichtlichen Vernehmung gab er den Tatbestand zu und führte zu seiner Entschuldigung an, er sei w a s s e r s c h e u. Im neunten Lebensjahr habe er zum letzten Male im Freien gebadet und auch damals gegen seinen Willen. Seitdem habe er eine unüberwindliche Angst vor dem offenen Wasser. Als ihm am 3. August der nasse Gürtel um den nackten Leib gelegt sei, habe er vor Aufregung am ganzen Körper gezittert. Auch sei ihm das Wasser zu kalt gewesen. — Die Temperatur des Wassers betrug an jenem Tage 17° C, die der Luft 15° C. — Davon, daß er wasserscheu sei, habe er bislang nichts gesagt, weil er glaubte, es nicht sagen zu dürfen. Wie durch Zeugen festgestellt wurde, ging F. auf den Befehl hin einen Schritt zur Leiter, machte dann aber Kehrt. Auf den zweiten Befehl ging er wieder auf die Leiter zu und kehrte, ohne sie angefaßt zu haben, wieder um. Die Zeugen haben gesehen, daß F. A n g s t hatte, ins Wasser zu gehen. Einer sagt aus: „I c h h a b e d e n E i n d r u c k g e h a b t, d a ß A n g e k l a g t e r w o h l m e i n e m B e f e h l e n a c h k o m m e n w o l l t e, d a ß i h n a b e r e i n e i n n e r e M a c h t d a v o n a b h i e l t.“ Es ist ferner beobachtet, daß F. am ganzen Leibe z i t t e r t e und auf den Befehl des Leutnants hin s i c h s c h ü t t e l t e, wobei er sagte,



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

r könne es nicht, er hielte es nicht aus. Auf dem Rückmarsche äußerte '. zu dem führenden Unteroffizier, er sei wasserscheu und bekäme es icht fertig ins Wasser zu gehen. Besonders der Umstand, daß vor dem uftritt ein Mann im Wasser übel geworden sei, habe ihn scheu emacht. Daß ein Kamerad des F. während des Schwimmens unwohl urde, ist aktenmäßig festgestellt.

Die Hauptverhandlung wurde ausgesetzt, um F. durch einen ärzt- :hen Sachverständigen untersuchen und beurteilen zu lassen. Im Aus- ıge teilten die Provinzialblätter die Verhandlung und ihren Ausgang it. Auf Grund dieser Zeitungsnotizen fühlte sich ein Kollege bewogen, lgendes Schreiben an den Verhandlungsleiter zu richten:

.... den 31. 8. 1908.

„Sehr geehrter Herr!

Gestern las ich über die Verhandlung gegen den M. F. .... Ich be ein persönliches Interesse an der Sache. Ich bearbeite eine „Allge- ›ine gerichtliche Psychiatrie für Juristen". In dieser möchte ich den ll als Beispiel belehrender Art aufnehmen. Die Vertagung ist ein ichen psychiatrischen Verständnisses beim Gericht, um so leutsamer, als bisher ein Sachverständiger nicht mitgewirkt hat.

Tatsächlich handelt es sich in dem Fall um einen krankhaften Zu- nd, eine Phobie, Zwangsbefürchtung, ähnlich der Platzangst, der ›iberfurcht u. a. Der schüttelfrostartige Schauer drückt die Angst, nie fehlt, aus. In ..... befand sich Anfang des Jahrhunderts ein ıs. Offizier, der seit Jahren kein Weib gesehen hatte. Er hatte sich Hof vermauern lassen, nur männliche Bedienung zugelassen. Kriminell er nie geworden. Ein solcher Parallelfall erweckt Verständnis. Viel- ht lebt er heut noch. Landrichter X. oder ähnlichen Namens weiß ihn Bescheid. Gelegentlich einer Konsultation bei einem Assessor te ich von dem Fall. Mir wäre es nun interessant zu erfahren, ob der hverständige die Diagnose stellen wird, noch interessanter, wenn Sie Nichtfalle die Frage stellen würden „kann es nicht eine Phobie (Zwangs- ;ein) sein?" Darum schreibe ich privatim an Sie. Der Mann ist :usprechen. Deswegen kann er sonst absolut diensttauglich, auch ntwortlich sein, wenn er nicht nebenbei schwachsinnig oder sonst hisch krank ist. Recht dankbar würde ich für eine Nachricht über Ausgang sein. Dazu füge ich Porto bei. Ich bin in der gerichtlichen :is sehr bewandert und habe Erfahrungen über die Verschieden- keit des Verhaltens der Richter bei ähnlichen Gelegenheiten. Bei gsgerichten, bei den .... Gerichten habe ich immer Entgegen- nen, bei kleineren Amtsgerichten immer Ablehnung, bezw. völliges rieren gefunden. Ich gebe mich der Hoffnung hin, daß Sie sich der n Gruppe anschließen werden. Ob ich den Fall in den Zeitungen rfinde, ist fraglich. Im Voraus bestens dankend mit vorzüglicher achtung Dr. Y."


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Kommentar hierzu ist überflüssig. Ob das Gericht eine Antwort erteilt hat oder nicht, war aus den Akten nicht zu ersehen. Verneinenden Falls kann der Herr Kollege den Standpunkt des zugezogenen Sachverständigen aus den folgenden Zeilen entnehmen.

Trotz der verlockenden Aussichten hat das Gericht dem Werben des äußerst kompetenten Herrn Kollegen widerstehen können und den Fall der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim zur Beurteilung seines Geisteszustandes überwiesen.

Aus dem Vorleben des F. ist noch folgendes aktenmäßig bekannt geworden. Fälle von Geisteskrankheiten, nervösen Erkrankungen, Trunksucht sind in der Familie nach Aussage der Eltern nicht bekannt. Zwei Geschwister sind gesund. Im zweiten Lebensjahre machte F. eine schwere Lungenentzündung durch. Im vierten Jahre fiel er aus dem ersten Stockwerk eine Treppe hinunter auf den Steinfußboden, war eine Zeitlang bewußtlos, blutete aus Nase und Ohren und trug am Hinterkopf eine Wunde davon. Der behandelnde Arzt hat damals schon erklärt, F. würde geistig zurückbleiben und in der Schule schlecht lernen können. Seit diesem Sturze litt er viel an Kopfschmerzen und Schwindel. Wenn er von den Eltern ausgescholten wurde, klagte er über Kopfschmerzen und Schwindel und legte sich ins Bett. Dann schlief er; nachher war der Schmerz und der Schwindel verschwunden. Er war stets sehr empfindlich und regte sich über Kleinigkeiten schon auf. Seine große Schüchternheit hinderte ihn von jeher daran, sich auszusprechen. Im 9. Jahre wurde F. von Kameraden, die mit ihm zum Baden gegangen waren, hinterrücks ins Wasser gestoßen. In der Folgezeit ist er wohl in flaches Wasser gegangen, um Fische zu fangen; sobald aber eine tiefere Stelle kam, hat er „das Grausen gekriegt" und nicht mehr dorthin wollen. In der Schule ist er nur schlecht fortgekommen. Übereinstimmend geben die Lehrer an, das Lernen sei ihm sehr schwer geworden, seine Leistungen seien mangelhaft gewesen, besonders schwach im Rechnen. Er gehörte stets zu den Untersten und wurde aus der zweiten Klasse konfirmiert, in die er nur seines Alters wegen versetzt war. Auf den einen Lehrer hat er trotz seiner Länge den Eindruck „eines recht furchtsamen Jungen" gemacht; ein andrer sagt von ihm, „das Urbild eines kräftigen und gesunden Knaben" sei er nicht gewesen. Nach der Schulentlassung war F. zunächst $^3/_4$ Jahre als Laufbursche bei einem Bäcker, dann als solcher bei einem Gärtner in Stellung. Wiederholt war er weiter einige Monate als Kutscher bei den Eiswerken tätig, ferner als Tagelöhner in einem Steinbruch, in einer Eisengießerei usw.

Die Arbeitgeber bezeichnen ihn als einen fleißigen und soliden Arbeiter, der die ihm übertragenen Arbeiten zur Zufriedenheit ausführte, haben jedoch auch bemerkt, daß er „geistig etwas minderwertig" sei. Einer bezeichnet ihn als „zeitweise direkt unzurechnungsfähig", so daß seine Frau und Kinder häufig gesagt hätten „der Kerl


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist verrückt.“ F. selbst gab an, er sei nach der Schulentlassung bald hier bald dort beschäftigt gewesen; durch den häufigen Wechsel habe er mehr verdienen wollen. Ein ordentliches Handwerk habe er nicht lernen können, weil er es nicht verstanden habe. Dem Korporalschaftsführer endlich „ist es mitunter so vorgekommen, als wenn es bei F. nicht immer richtig im Kopfe sei; er habe in der Instruktionsstunde oft ganz widersinnige Antworten gegeben; auch sei er sehr ungeschickt.“

Bei der Aufnahme in die Anstalt am 15. Oktober 1908 bot F. folgenden Befund:

Großer, kräftig gebauter Mann in mittlerem Ernährungzustande. Die Größe der Hände und Füße ist auffallend. Die Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute ist blaß, der Gesichtsausdruck leer. Der Schädel ist symmetrisch gebaut, mißt im Umfang 56 ½ cm und ist auf Druck und Beklopfen im ganzen etwas empfindlich. Starke Behaarung, minimale Bartentwicklung. Ohrmuscheln schlecht modelliert, die linke steht mehr ab als die rechte. Hinter dem rechten Ohr findet sich eine 1,5 cm lange Narbe, die über dem hier etwas verdickten Knochen undeutlich verschiebbar und auf Druck empfindlich ist. Die linke Gesichtshälfte ist breiter als die rechte. Die Augen liegen tief in den Höhlen, die Augenbrauen sind über dem Nasenrücken leicht zusammengewachsen. Augen- und Lidbewegungen frei. Die gleichweiten Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Akkomodation. Farben werden richtig erkannt. Das Gesicht ist gleichmäßig schlaff innerviert. Quintuspunkte nicht druckempfindlich. Mund klein; die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt fibrilläre Zuckungen. Keine Narben. Gaumen steil, der linke Bogen hebt sich beim Anlauten ausgiebiger als der rechte. Zäpfchen gerade. Die Tonsillen sind hypertrophisch. Gebiß gut erhalten, Zahnstellung o. B. Brust- und Bauchorgane gesund. Herzaktion regelmäßig. Wirbelsäule o. B. Am rechten Fuß und Unterschenkel einige Brandnarben. Urin frei von Z. u. E., reagiert sauer. Ausgesprochene Dermographie; idiomuskuläre Wülste. Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit ungestört. Kniephänomen bds. gleich, lebhaft; die übrigen Reflexe o. B. Gang langsam, Haltung schlapp. Kein Romberg, kein Babinski; kein Tremor manuum.

Bei Verabfolgung des Aufnahmebades stieg F. langsam zögernd in die Wanne, blieb darin sitzen, wollte sich aber nicht der Länge nach hinlegen. Auch bei den später verabreichten Bädern vermied er es, sich bis an den Hals ins Wasser zu legen, zeigte aber keine Angst oder Erregung; Pulsbeschleunigung war nicht vorhanden. Über Ort und Zeit war er orientiert, gleichmäßig ruhiger Stimmung. Während des größten Teils der ersten Tage schlief er, auch später brachte er der neuen Umgebung auffallend wenig Interesse entgegen. Außer Klagen über Kopfschmerzen und leichten Schwindel, die nur in den ersten Tagen geäußert wurden, hatte er keine Beschwerden vorzubringen. Während der Dauer des Anstalts-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufenthaltes war er stets ruhig und freundlich und kam mit den übrigen gut aus, ohne sich an den einen oder andern etwas anzuschließen. Die Namen des Arztes und der Wärter kannte er erst nach geraumer Zeit, den des Direktors auch dann noch nicht. Weshalb er in der Anstalt war, konnte er nicht genau angeben; „ich glaube, es war wegen beim Schwimmen gewesen", sagte er, „weil ich die Kraft nicht hatte, ins Wasser zu gehen, weil ich von Jugend an kopfschwach und wasserscheu bin." Sobald man näher darauf einging, erzählte er in weitschweifiger Weise, von mehreren Schuljungen sei ihm etwas „weisgemacht"; die hätten ihn ans Wasser mitgelockt. Er sei auch an einer seichten Stelle mit hineingegangen, aber gleich umgekehrt, da er es nicht aushalten konnte. Dann hätten sie ihn ausgezogen und hineingeworfen. Davon daß er damals keine Luft hätte kriegen können, hätte er jetzt beim Militär wieder Angst gekriegt. Monat und Tag des fraglichen Vorfalls konnte er nicht mehr angeben. Als er zum Schwimmen kommandiert wäre, sei er „in sich schüchtern geworden", habe aber nichts von seiner Wasserscheu zu sagen gewagt. „Wenn ich es auch machen wollte, ich kriegte es nicht fertig, daß ich reinginge."

Wie äußert sich die Scheu vor dem Wasser? „Ich weiß nicht; wenn das mit von früher herrührt. Ich weiß nicht, wie das ist."

Kriegen Sie dann Angst? „Jawohl, ich weiß nicht; ein komisches Zittern und Frieren."

Wie war es damals beim Militär? „Dann kam das wieder zurück, daß die mich ausgezogen hatten, und dann hatte ich auch den gesehen, der unwohl geworden war. Da war ich ganz zurückgeschreckt. Ich kriegte die frühere Angst zurück. Daß die mich mal reingeschmissen hatten, das kommt mir immer in den Sinn."

Daß er in der Schule schlecht habe lernen können, gibt er ohne weiteres zu, nur im Schreiben sei er gut gewesen. Seine Elementarkenntnisse sind auf allen Gebieten äußerst gering, besonders schlecht wird gerechnet. Das kleine Einmaleins kann er nicht. Was ist mehr? 2×7 oder $7+7$? „2×7 das ist 15, das ist mehr". Als er 6 durch 2 teilen soll, macht er gar keinen Versuch, „teilen kann ich überhaupt nicht." Auf wiederholte Aufforderung und nach langem Nachdenken bringt er schließlich unter Zuhülfenahme der Finger „5" heraus. Als regierenden Kaiser bezeichnet er Wilhelm I. Seine Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt. Vierstellige Zahlen werden nicht richtig reproduziert, einfache kurze Sätze auch nicht dem Inhalte nach wiedergegeben. So reproduziert er den Satz: im Herbst roden die Leute auf dem Lande Kartoffeln, damit sie nicht in der Erde faulen, unmittelbar, nachdem er ihm vorgesprochen: „Im Herbst, wenn die Leute Kartoffeln roden, werden sie leicht faul," und es ist nicht möglich, ihm den Unsinn des Gesagten begreiflich zu machen. Manche Fragen mußten mehrfach wiederholt werden, ehe eine Antwort erfolgte. Die Sprache war monoton; sobald er etwas eifriger wurde, z. B. bei Angaben aus der Schul-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Militärzeit, folgten sich die einzelnen Worte so schnell, daß sie teilweise kaum verständlich waren. Die einzelnen Stellen, auf denen er gearbeitet hatte, konnte er nach längerem Besinnen aufzählen. „Ein Geschäft konnte ich nicht begreifen, da haben meine Eltern gesagt, ich sollte Laufbursche werden.“ Was er verdient hat, weiß er nicht. Einzelne Brotherren haben den Lohn, wie er angibt, direkt der Mutter gegeben. Als er außerhalb seiner Vaterstadt beschäftigt war, bekam er das Geld abschlagweise; „einmal, glaube ich, 10 Mark; ich wußte nicht genau, was ich verdiente, weil ich es nie gewahr werden konnte, was ich verdiente.“ Was machten Sie mit dem Geld? „Das gab ich der Mutter; die hat mir auch immer Zeug und alles gekauft. Zuweilen gab sie mir auch ein paar Groschen, dann ging ich zum Tanzboden.“ Tanzen kann er nicht. Einmal habe er ein Mädchen gehabt, das ihn aber bald verlassen habe. Nach seiner kindlichen Erzählung hat seine Tätigkeit bei diesem Verhältnis nur im Bezahlen bestanden. Getrunken habe er nicht viel; wenn er zwei Glas Bier genossen hatte, sei ihm schon schwindelig geworden. Daß er Invalidenmarken geklebt hat, weiß er, kann aber nicht angeben, zu welchem Zwecke diese Einrichtung besteht. Von den Schulgenossen wurde er viel geneckt. Beim Militär wurde es noch schlimmer; da sei er von den Kameraden viel hin- und hergeschubst, weil er nicht wußte, wo er hingehörte. In der Instruktionsstunde sei er auch viel gehänselt. „Wenn ich das von 1870 nicht behalten konnte, sagten sie bei jeder Kleinigkeit: F., Sie sind verrückt.“ Er habe sich darüber nicht geärgert, sei nur trübsinnig gewesen und habe darüber nachgedacht, weil er nichts dazu gekonnt habe. Er sei gerne Soldat; bei der Hitze und im Manöver habe er viel an Kopfschmerzen gelitten und sei nach den Märschen schwindelig gewesen. Es sei noch erwähnt, daß die komplizierteren Untersuchungsmethoden (rückläufige Assoziationen, Masselons-Ebbinghaus'-Versuch usw.) völlig negativ ausfielen.

Schon die Vorgeschichte bot zahlreiche Anhaltspunkte dafür, daß es sich bei F. um Schwachsinn handelte. In der Schule waren seine Leistungen, von rein mechanischen Fächern abgesehen, äußerst gering. Er wurde aus der 2. Klasse konfirmiert, in die er nur aus Mitleid mit seinem Alter versetzt war. Den Schulkameraden war er ein willkommenes Objekt für ihre Neckereien; sie brachten es sogar fertig, ihn gegen seinen Willen auszuziehen und ins Wasser zu werfen. Ein Handwerk konnte er nicht erlernen; er wandte sich bald dieser, bald jener Tätigkeit zu. Immer aber handelte es sich um Leistungen, bei denen an die Intelligenz nur geringe Anforderungen gestellt werden. Diese führte er größtenteils zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber aus; jedoch fiel einigen von ihnen seine psychische Abnormität auf. So wird er als „geistig minderwertig“, „unzurechnungsfähig“, ja als „verrückt“ bezeichnet. Wieviel er verdiente, wußte er nicht; sein Verdienst wurde den Eltern direkt übergeben, die seine Bedürfnisse an Kleidung usw. deckten.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als er außerhalb seiner Vaterstadt arbeitete, sandte er seinen Lohn nach Hause.

Die Beobachtung und Untersuchung hat die Richtigkeit der Diagnose bestätigt. Als ätiologisches Moment ist der Fall im 4. Lebensjahre heranzuziehen, der mit einem schweren Kopftrauma einherging und allerlei nervöse Allgemeinerscheinungen zur Folge hatte. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein von Bildungsanomalien und Degenerationszeichen. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stand aber neben dem großen Mangel an den zum Leben notwendigen Kenntnissen die ausgesprochene Urteilsschwäche, die ihn hinderte, von dem minimalen geistigen Kapital einen zweckentsprechenden Gebrauch zu machen. Die Merkfähigheit war herabgesetzt, die Aufmerksamkeit oft schwer auf einen bestimmten Punkt zu konzentrieren. Vorgesprochene kurze Sätze einfachen Inhaltes konnten auch inhaltlich nicht wiedergegeben werden. Vorstellungen allgemeinen Inhaltes waren kaum erworben. Daß das Resultat der komplizierteren Untersuchungsmethoden völlig negativ war, war bei dem hohen Grade der Intelligenzstörung nicht weiter verwunderlich.

Obwohl eine ziemlich hochgradige Imbezillität vorlag, so war es F. doch bislang gelungen, sich durchs Leben zu schlagen, einesteils weil es sich um die stumpfe Form der Erkrankung handelte, andernteils weil er gleich nach der Schulentlassung nur in unselbständigen Stellungen beschäftigt war, und besonders, da ihm eine weitgehende elterliche Überwachung und Fürsorge zuteil wurde, die ihn vor einer selbständigeren Lebensführung bewahrte.

Eine besonders gefährliche Zeit ist ja für derartige Individuen die militärische Dienstzeit, während der es so häufig zu Disziplinarvergehen gegen Vorgesetzte, unerlaubter Entfernung, Desertion usw. kommt. F. wurde während der ersten 10 Monate seiner Dienstzeit (von der hier belanglosen Strafe des Rapports abgesehen) nicht bestraft. Wenngleich er infolge seiner geistigen Abnormität auch in vieler Beziehung auffiel und seine Leistungen nur gering waren, so wurde seine Führung doch als „gut" bezeichnet. Gegen Ende des 1. Dienstjahres ereilte ihn das Geschick. Er wurde zum ersten Male zum Schwimmen kommandiert und weigerte sich trotz wiederholten Befehls, ins Wasser zu gehen. Wohl machte er zweimal den ernstlichen Versuch, den gegebenen Befehl auszuführen, aber unter Zittern und Schütteln stand er davon ab. Was hinderte ihn daran? In der Kindheit war er einmal von seinen Schulkameraden ins Wasser geworfen Dieser Vorfall, der schon damals auf den psychisch Minderwertigen einen ungeheuren Eindruck gemacht hatte, der in der späteren Lebenszeit nicht ganz verwischt war, kam ihm in die Erinnerung zurück. Damit traten die Vorstellungen der ausgestandenen Angst so übermächtig hervor, daß sie durch Kontrastvorstellungen nicht unterdrückt werden konnten. War F. schon infolge der mangelhaften Ausbildung seiner Urteilskraft weniger als der Gesunde imstande, auf verstandesmäßigem Wege das Ereignis auf


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seine tatsächliche Bedeutung hin abzuwägen, so wurde ihm diese Prüfung noch durch einen Vorfall gänzlich unmöglich gemacht. Unmittelbar, ehe er ins Wasser steigen sollte, sah er, daß ein Kamerad im Bade unwohl geworden war. Dieser Vorgang trug naturgemäß zur Steigerung seiner Angst bei. Der Hinweis des Leutnants auf die schweren Folgen des Vergehens verhallte wirkungslos, F. stand am ganzen Leibe zitternd da, unfähig den Befehl auszuführen. Der Offizier hatte den Eindruck, als ob „eine innere Macht" den F. abhielt, dem Befehle nachzukommen.

Auf Grund solcher Erwägungen hielten wir die Annahme für gerechtfertigt, daß F. bei Begehung der Straftat am 3. August 1908 sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, der dem § 51 Str.G.B. entspricht. Auf das in diesem Sinne abgegebene Gutachten wurde dann die Zurücknahme der Anklage verfügt.

Auch dieser Fall zeigt, wie berechtigt die so oft ausgesprochene Forderung ist, die das Aushebungsgeschäft ausführenden Organe über psychische Abnormitäten der Mannschaften aufzuklären. In der kurzen Zeit, die bei der Aushebung naturgemäß auf den einzelnen Mann verwandt werden kann, ist es nicht immer möglich, ohne Hinweise derartige Zustände aufzudecken. Speziell bei den Schwachsinnigen, die schon während der Schulzeit durch gröbere intellektuelle Mängel auffallen, genügt es, wenn die Schulleiter aufklärende Eintragungen zu den Stammrollen veranlassen. Es ist damit den der Aushebung beiwohnenden Militärärzten ein Fingerzeig gegeben. Gewiß sind nicht alle, die derart „vorgemerkt" sind, für den Heeresdienst untauglich, immerhin wird sich zeigen, daß ein großer Teil von ihnen den Anforderungen nicht entspricht, die der Militärdienst stellt. Der Erfolg wird also darin bestehen, daß manche einer genaueren Prüfung unterzogen, rechtzeitig erkannt und ausgeschieden werden, deren Einstellung auch nicht im Interesse des Heeres liegt.

Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by 
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ein Beitrag zur Lehre von den Degenerationspsychosen.

Von

Dr. **Joseph Loewenstein,**
leitendem Arzt der *Lewald*schen Heilanstalt in Obernigk.

Die Wichtigkeit, die die Degenerationspsychosen seit *Bonhöffers* grundlegenden Arbeiten von neuem gewonnen haben, mag folgende kasuistische Mitteilung rechtfertigen, zumal sie einen Fall aus dem bürgerlichen Leben betrifft, während die von *Bonhöffer*[1]), *Birnbaum*[2]) und anderen veröffentlichten Beobachtungen meist aus dem Gefängnismilieu herstammen.

Patient M. B., ein Kaufmann aus Rußland, 34 Jahre alt, erblich nicht belastet, ist verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Er hat sich normal entwickelt, auf der Schule gut gelernt und gilt als intelligent und besonders begabt für Rechnen und fremde Sprachen. Er ist von mürrischem, melancholischem Temperament, er war gern allein, oft eigensinnig, leicht reizbar und wechselnd in den Stimmungen, im Beruf sehr fleißig und tüchtig. Bis zur jetzigen Erkrankung war er gesund.

Im Juni 1908 erkrankte B. im Anschluß an selbstverschuldete geschäftliche Mißerfolge an einer Gemütsdepression. Er machte sich Vorwürfe, weil er unrichtigerweise sein selbständiges Geschäft aufgegeben und eine Stellung angenommen hatte, weinte viel und konnte nicht arbeiten. Seine Aufregung steigerte sich, er schlief schlecht, eines nachts hielt er seinen Bruder, der in der Nähe war, für den verstorbenen Vater und *führte dabei verworrene Reden, die er, zur Ruhe gekommen, korrigierte.* Sein Jammern und Lamentieren hörte nicht auf, er glaubte unheilbar krank zu sein, nichts mehr leisten und seine Familie nicht ernähren zu können, er fürchtete zugrunde zu gehen, zu sterben und äußerte auch Suizidalabsichten.

---

[1]) Prof. Dr. *K. Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.

[2]) Dr. *Karl Birnbaum*, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle 1908.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine kurze Sanatoriumsbehandlung im Sommer desselben Jahres brachte nur geringe und vorübergehende Besserung. Seine Unruhe wurde bald wieder größer, er sprach fortwährend von Selbstmord und machte zahlreiche Conamina, die anscheinend nicht ernst gemeint waren, denn sie waren meist so angelegt, daß ihr Erfolg immer durch die Umgebung vereitelt werden mußte. Er sagte selbst, daß er keinen Ernst gemacht hätte und nur durch die Beobachtung zu solchen Versuchen gereizt worden wäre. Auf der Fahrt in die Anstalt versuchte er aus dem Wagenfenster zu springen und schrie furchtbar, als sein Begleiter ihn daran hinderte.

Aufnahme in die *Lewald*sche Anstalt am 25. 10. 1908. Patient läßt sich erst gutwillig aufnehmen, ist vollständig besonnen, ruhig und geordnet und sagt, er habe geschäftlich einen Fehler gemacht, den er nicht wieder gutmachen könne, er könne nicht mehr gesund werden, habe Angstgefühle, könne nicht schlafen; arbeiten könne er auch nicht, er und seine Familie würden zugrunde gehen, er müsse sterben. Seine Selbstmordversuche seien nicht ernst gemeint gewesen, er habe seine Angehörigen nur erschrecken wollen. — Körperlich bot er nichts Besonderes, außer allgemeiner Steigerung der Sehnenreflexe. Erwähnt sei, daß sich in der Regio pub. Stellen fanden, an denen Patient, offenbar in ängstlicher Erregung, sich die Haare ausgerissen hatte.

Auf den Wachsaal geführt, wollte er sofort wieder heraus, er verlangte seine Entlassung, da er hier nicht gesund werden könne, und wurde so erregt und lärmend, daß er unter heftigem Sträuben auf die Unruhigenstation und ins Bett gebracht werden mußte. Erst nach Scopolamin-Injektion trat Ruhe ein. Nächsten Tag war er fügsam und ruhig, aber jeder Behandlung gegenüber unzugänglich. Er sei ganz gesund und wolle nach Hause.

27. 10. Verlangt nach Hause, widerstrebt jeder Behandlung. Er werde hier ruiniert, er bekomme Schläge, in der Nacht habe ein Pfleger ihm mit dem Pantoffel ins Gesicht geschlagen, er sei gewürgt worden, wenn es noch eine Minute länger gedauert hätte, wäre er erstickt. Nach diesen Mißhandlungen sei er ein ganz anderer Mensch geworden, früher wäre er pessimistisch gewesen, jetzt möchte er gern und könnte auch arbeiten. Bedauert, nicht früher schon so gewesen zu sein, aber zu Hause habe habe man ihn so gereizt, viele Menschen seien immer hinter ihm her gegangen. Ißt und schläft gut. Zeigt keine Angst.

5. 11. Stets gereizter Stimmung, immer etwas anderes wünschend und mit allem unzufrieden. Man behandle ihn falsch, habe ihn mit Packungen lungenkrank gemacht. Man werde ihn noch ganz ruinieren.

15. 11. Queruliert immer mehr. Spricht immer wieder von Mißhandlungen, denen er ausgesetzt sei, ohne die vermeintlichen Übeltäter zu nennen. Schimpft unaufhörlich auf die Ärzte.

22. 11. Klagt die Ärzte an, daß sie ihn absichtlich krank machen, sie seien die Ursache, daß seine Krankheit sich aufs Gemüt geworfen habe.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man wolle ihn töten. Jedem Zuspruch gegenüber unzugänglich. Er will sich rächen, alle werden büßen.

24. 11. Wird in seinen Reden immer ausfallender, hetzt die anderen Kranken auf, liegt ordentlich auf der Lauer. Schreibt seiner Frau, daß er sie verfluche, sie habe ihn hergebracht, um ihn los zu sein. Er werde sich auch an ihr rächen. Die Ärzte hätten schon furchtbare Angst vor ihm. Aus ihren Reden merke er, daß sie einsehen, welche Fehler sie bei ihm gemacht haben.

30. 11. Nach einigen ruhigeren Tagen wieder gereizter. Patient verdreht und fälscht Äußerungen der Ärzte, aus denen er das Zugeständnis erkennen und beweisen will, daß sie Fehler in seiner Behandlung gemacht hätten. Die Ärzte hätten alles mögliche angewandt, um ihn geisteskrank zu machen. Schreibt Anzeigen an den Staatsanwalt und den Konsul, er werde hier mißhandelt und geisteskrank gemacht, wolle sofort entlassen werden und verlange Entschädigung.

3. 12. Queruliert unaufhörlich, schimpft und flucht, die Ärzte seien gemeine Kerle, sie verfolgen ihn; „erst haben sie mir die Krankheit suggeriert und jetzt sagen sie gar nichts.“ Die Aussicht auf eventuelle Entlassung macht gar keinen Eindruck auf ihn. Daran liege ihm nichts, er wolle sein Recht haben, alle sollen sie büßen. Er wolle gerade hier bleiben, um für sein Recht zu kämpfen. Man wolle ihn nur entlassen, weil man ihn fürchte.

7. 12. Verhalten wie oben. Wird mit Zustimmung der Ärzte von der Frau abgeholt. Während der ganzen Beobachtungszeit wurden weder Angstzustände noch Selbstmordversuche noch dahingehende Äußerungen beobachtet.

Nach Berichten der Frau soll Patient sich unmittelbar nach der Entlassung beruhigt haben. Er äußerte weder die querulatorischen noch die früheren hypochondrisch-depressiven Ideen und zeigte vielmehr ein freundliches, lenkbares Verhalten. Er nahm seine Berufsarbeit wieder auf und fühlte sich bis auf unwesentliche neurasthenische Beschwerden ganz wohl. Taedium vitae wurde nicht mehr von ihm geäußert. Wie es mit seiner Krankheitseinsicht steht, ist nicht bekannt, er soll aber sein Bedauern geäußert haben darüber, daß er hier so aufgeregt gewesen sei und die Ärzte so schlecht behandelt habe.

Der geschilderte Krankheitsfall ist sicher nicht besonders ungewöhnlich weder nach Verlauf noch Symptomen; dennoch gibt er mir zu einigen Bemerkungen Anlaß.

Was haben wir denn vor uns? Zunächst auf dem Boden einer psychopathischen Veranlagung und im Anschluß an seelische Erregungen — Geschäftsverluste — eine depressive Erkrankung mit hypochondrisch gefärbter Angst, Insuffizienzgefühl und Selbst-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beschuldigung, aber ohne Hemmung. Man konnte den Zustand fraglos als eine neurasthenische Angstpsychose auffassen, was auch geschehen ist. Die nicht ernst gemeinten und auf eine Vereitelung hin angelegten Suizidversuche sprachen nicht dagegen, wenn sie auch das Bild etwas nach der hysterischen Seite hin nuancierten. Fremdartiger berührt schon der in der Anamnese erwähnte schnell vorübergehende und im Gegensatz zur sonstigen Besonnenheit stehende Zustand von Verwirrtheit und Personenverkennung. Da aber der Bericht hierüber nur ungenau war, so konnte man wohl darüber hinweggehen und an der Diagnose einer einfachen Angstpsychose festhalten.

Kurz nach der Aufnahme in die Anstalt jedoch änderte sich das ganze Bild — und zwar direkt im Anschluß an seine durch die Suizidgefahr geforderte Bewachung und Freiheitsbeschränkung, die ihn in um so größere Aufregung versetzte, als wegen seines Widerstandes die Anwendung von Gewalt nicht zu umgehen war. Und nun redet er sich immer mehr über das vermeintlich ihm angetane Unrecht in einen zornigen Affekt hinein, der bald sein ganzes Vorstellungsleben beherrscht. Die frühere Angst, das Insuffizienzgefühl, die hypochondrischen Klagen, „er sei unheilbar", das Krankheitsgefühl, das früher das Hauptsymptom gewesen war, die Todesgedanken — alles dies ist mit einemmal verschwunden, und zwar nicht nur äußerlich auf dissimulativem Wege und nicht nur subjektiv, sondern, soweit sich das feststellen läßt, auch objektiv. Alle diese im wesentlichen depressiven Symptome werden verdrängt durch Beeinträchtigungsideen oder mit anderen Worten: an die Stelle des Angstzustandes tritt ein Zustand von querulatorischer Paranoia.

Es handelte sich hierbei nicht um bloße Übertreibungen eines von seinen Affekten beherrschten Menschen, wie man etwa denken konnte, sondern um eine Wahnbildung, die der bei echter Paranoia recht ähnlich wurde. Der Kranke zeigte sich allem Zuspruche gegenüber unzugänglich, hielt unerschütterlich an seiner Idee fest und gelangte unter ständigem Querulieren bald zu Konfabulationen über erlittene Mißhandlungen, die vielleicht Traumerlebnisse waren, zu retrospektiven Erinnerungsfälschungen und zu regulären Verfolgungsideen, die bereits eine beginnende Systematisierung aufwiesen, indem sie nicht nur die jetzige Umgebung betrafen, sondern auch schon seine Angehörigen in ihren Kreis hineinzogen. Sogar die Aussicht auf baldige


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Entlassung, die ihm nun gleichgültig geworden war, wurde im Sinne seines Wahnes verarbeitet. Auf die dennoch vorhandenen Unterschiedsmerkmale gegenüber der echten Paranoia will ich nicht eingehen. Jedenfalls drängte sich dem Beobachter des Patienten der Verdacht einer entstehenden Paranoia so stark auf, daß man an der anfangs günstig gestellten Prognose schon zu zweifeln begann.

Und nun — unmittelbar nach der Entlassung aus der Anstalt und Rückkehr in die Familie hörten die Beeinträchtigungsideen und das Querulieren auf unter Eintritt wenigstens partieller Krankheitseinsicht und unter dauerndem Fortbleiben der früheren Angstsymptome und hypochondrischen Ideen. Man wird nun sicher nicht fehlgehen, wenn man die vorliegende Wahnerkrankung als ein Beispiel jener degenerativen Wahnpsychosen ansieht, die *Bonhöffer* in seinen klinischen Beiträgen zur Lehre von den Degenerationspsychosen beschrieben hat, und zwar ist dieser Fall wohl in die dort konstituierte zweite Gruppe zu verweisen, in der Fälle von nicht progressivem Querulantenwahn zusammengefaßt werden. Alles was dort gesagt ist über die Entstehung dieser episodischen Wahnerkrankungen aus überwertigen Ideen bei dazu disponierten Individuen, über ihre Anknüpfung an affektbetonte Erlebnisse, über die Abhängigkeit ihres Verlaufes von dem Milieu und über ihren Ausgang mit partieller Krankheitseinsicht, gilt auch für unsern Fall.

Soviel zur Beurteilung der paranoischen Episode bei unserm Kranken. Wie aber hat man nun die dieser vorangegangene Periode der hypochondrischen Depression aufzufassen? Es liegt wohl am nächsten, auch diese als eine Reaktionsform der degenerativen Anlage anzusehen. Die Entstehung der Depression im Anschluß an aufregende unlustbetonte Erlebnisse — Geschäftsverluste infolge unvorteilhafter Dispositionen — und ihre Verdrängung durch das nicht zu ihr gehörende Zustandsbild der Paranoia infolge der Internierung in der Anstalt lassen dieselbe Abhängigkeit von äußeren Verhältnissen erkennen, die wir als charakteristisches Merkmal der degenerativen psychotischen Prozesse nun schon zu finden gewohnt sind. Diese Auffassung wird noch gestützt durch die oben schon als hysterisch gekennzeichneten Erscheinungen, die affektierten Selbstmordversuche und den vorübergehenden Zustand von Verworrenheit im Beginn der Erkrankung. Schließlich unterscheidet sich die depressive von


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der paranoischen Periode im Grunde genommen nur durch den Inhalt der überwertigen Idee, der einmal durch die Angst vor wirtschaftlichem und persönlichem Ruin, das andere Mal durch die Wut über ein vermeintliches Unrecht bestimmt ist.

Im ganzen haben wir also bei demselben Kranken hintereinander zwei einander ablösende und äußerlich recht unähnliche Reaktionsformen einer degenerativen Anlage beobachten können, eine depressiv-hypochondrische und eine paranoische Episode, die beide in ihren Erscheinungen und im Verlauf ihre degenerative Eigenart deutlich gezeigt haben.

Daß die Erkennung und richtige Würdigung solcher Fälle nicht nur in klassifikatorischer und prognostischer Beziehung, sondern in hervorragendem Maße auch für die Therapie von Bedeutung ist, ersieht man ohne weiteres gerade aus dem Verlaufe des mitgeteilten Krankheitsfalles[1]).

[1]) Wie von den Angehörigen des Pt. neuerdings mitgeteilt wird, ist er dauernd frei von psychotischen Erscheinungen. Er geht seiner beruflichen Beschäftigung regelmäßig nach und fühlt sich — abgesehen von leichter Ermüdbarkeit und gelegentlichen Klagen über Kopfschmerzen — wohl. Wahnideen paranoischen oder depressiv-hypochondrischen Inhaltes sind seit seiner Entlassung aus der Anstalt nicht wieder geäußert worden.

Schließlich sei etwaigen Einwendungen gegenüber ausdrücklich erwähnt, daß Intelligenzstörungen irgendwelcher Art bei dem Kranken weder bei systematischen Untersuchungen noch in seinem allgemeinen Verhalten nachzuweisen waren.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

89. Sitzung vom 10. März 1904.

Hofrat Dr. *Ganser*: Krankenvorstellungen.

1. *Ganser*scher Dämmerzustand.

„Vorbeireden“ kommt auch bei Nichthysterischen vor. Die Kombination mit Bewußtseinsstörung ist hysterisch.

2. Drei forensisch wichtige Fälle von Hebephrenie.

90. Sitzung vom 7. Mai 1904.

Stabsarzt Dr. *Bennecke*: Mitteilung eines Gutachtens betr. eine hysterische Brandstifterin: Die U. ist am 25. Juli 1877 geboren. Die Mutter, welche extra matrimonium nata est, leidet an Kopfweh, ist heftig. Eine Schwester der Mutter hat sich ertränkt. Der Vater hat in seiner Jugend „Nervenfieber“ gehabt. Ein Bruder der U. leidet oft an Kopfschmerzen, eine Stiefschwester ist schwachsinnig. Die Entwicklung der U. selbst ging bis zur Konfirmation in normaler Weise vor sich. Die Schulleistungen waren mittelmäßig. Später war sie im Dienst bei verschiedenen Herrschaften. 1891 bekam die U. gelegentlich eines Besuchs bei den Eltern den ersten Krampfanfall, der sich nach 14 Tagen wiederholte; dritter Anfall im Jahre 1892. Auch 1893 Anfälle. Die Mutter schildert den Verlauf der Anfälle so, daß die Explorata entweder „stocksteif“ wurde oder furchtbar aufgeregt war und danach die Krämpfe sich einstellten. Die Hände waren geballt, Hände und Füße wurden durch Zuckungen hin und her geworfen; darnach lag sie mit geschlossenen Augen da und sang laute Lieder, wußte jedoch später nichts hiervon.

Die Menstruation trat nach der eigenen Angabe der Explorata zum ersten Male im 17. Lebensjahre auf und war in der Folgezeit unregelmäßig. Während der Periode hatte sie meist linksseitige Kopfschmerzen und sah nicht deutlich.

Während der Untersuchungshaft wurde von Aufseherinnen sowohl wie anderen Untersuchungsgefangenen beobachtet, daß die U. an starken Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit litt, ferner in auffallender Weise vor sich hinbrütete, dann wieder lustige Lieder sang. Anscheinend hat auch


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Krampfanfall stattgefunden. „Sie war oft sehr unruhig, sprach und schlug mit den Armen heftig um sich; wenn sie dann von uns Zellengenossinnen angerufen wurde, wußte sie von nichts.“ Eine andere Zeugin berichtet: „Einmal, als wir schneiderten, machte sie sich am Kübel etwas zu schaffen. Dabei stellte es sich heraus, daß sie sich ein tüchtiges Teil aus ihrem Zopfe herausgeschnitten und in den Kübel geworfen hatte. Wie sie dazu gekommen, weiß ich nicht. Auf meine Vorwürfe sagte die U., sie hätte doch genug; die Haare wüchsen wieder.“

Am 11. März 1897 begann die Beobachtung der U. in der Irrenanstalt. Die körperliche Untersuchung ergab im wesentlichen folgendes: Mittelgroße, ziemlich kräftig gebaute Person von etwas bleicher Gesichtsfarbe. Schädelumfang 52 cm; Schädelbildung nicht ganz symmetrisch. Zunge belegt, ohne Narben. Herztöne nicht rein. Zwischen 2. und 3. Zehe beiderseits an den Grundphalangen Schwimmhautbildung angedeutet. Die gespreizten Finger zittern etwas. Die Sehnenphänomene der unteren Extremitäten sind gesteigert. Beiderseits läßt sich Fußklonus auslösen. Die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit im allgemeinen nicht gestört, doch wird Druck auf die obere Schläfengegend und den Supraorbitalpunkt als schmerzhaft empfunden. Bei der Exploration des geistigen Zustandes ergab sich ein irgend wie erheblicher Defekt der Intelligenz und des Gemütslebens nicht; die Kenntnisse und Anschauuugen entsprachen dem Kreise, aus dem sie stammt, sie gab unumwunden die Straftaten zu und äußerte wirklich empfundene Reue. Der Schlaf war anfangs schlecht, auch bestanden zunächst Kopfschmerzen; bald hat sich beides unter gleichzeitiger Hebung des Ernährungszustandes wesentlich gebessert.

Beim Besprechen der Brandstiftungen schildert sie ihr Verhalten und die inneren Vorgänge wie folgt. Erste Brandstiftung: „Die Dienstherrschaft behandelte mich gut. Der Brand war vielleicht Anfang August 1891. Ich war in der Küche beschäftigt, machte Feuer unter dem Kessel; ich kriegte so 'ne Angst, es drückte mich ordentlich. Ich nahm mir ein paar Streichhölzer (mit roter Kuppe) aus einem Kasten in der Küche und bin nach der Scheune hingelaufen — es war die Angst, ich mußte richtig laufen. An einem Pfeiler in der Scheune habe ich das Streichholz angezündet und es ins Stroh hineingeworfen; ich habe nicht gewartet, bis das Stroh Feuer fing, und lief zurück, damit ich wieder in die Küche zu meiner Arbeit kam. Da habe ich ruhig abgewaschen und die Küche rein gemacht, da war's mir ganz leicht. Wie ich fertig war, da riefen sie, es brennte. Da kriegte ich wieder Angst, wie die Flammen herausschlugen. Ich hatte da gar nicht weiter daran gedacht, wußte zuerst gar nicht, daß ich das getan hatte. Nachher fiel mir es ein, wie alles Feuer schrie, dann bin ich in die Küche gelaufen und habe darüber geweint, daß ich es getan hatte, aus Angst vor Strafe habe ich es niemandem gesagt. Ein paar Tage lang habe ich noch daran gedacht, dann ist es mir gar nicht mehr in den Sinn gekommen — wenn ich



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hörte, daß davon gesprochen wurde, bin ich immer still gewesen." — Zweite Brandstiftung: „September 1895; ich wurde auch von der Herrschaft gut behandelt. Mittags hatte es Nudelsuppe gegeben, was ich nicht gerne mochte. Ich hatte nicht viel davon gegessen, nachher machte ich in der Küche die Schweinekartoffeln zurecht und setzte sie aufs Feuer. Dann kriegte ich Angst, es war gerade, wie wenn jemand hinter mir säße und mich da richtig hintrieb. Vorher hatte ich solche Hitze im Kopfe, und da hatte ich gesungen, damit ich es nicht so merken wollte. Wie ich Kohlen aufs Feuer legte, hatte ich die Angst schon. Dann kam ganz plötzlich der Gedanke, ein Streichholz zu nehmen und Feuer in der Scheune anzulegen, und mußte auch gleich ein Streichholz fassen und lief hin — die Angst trieb mich ordentlich. Ich machte die Tür der Scheune auf und warf das Streichholz hinein, angezündet hatte ich es an der Mauer. Auf dem Hofe war niemand. Wenn jemand dagewesen wäre, und die Angst kam, wäre ich doch hingelaufen. Ich hatte dann solche Freude, mir war es so leicht, ich bin gleich in den Keller gegangen (ruhig im Schritt) und habe Kartoffeln geholt und in die Küche getragen. Wie ich aus dem Keller rauskam, schlug die Flamme aus der kleinen Tür heraus. Da guckte Frau R. gerade aus dem Fenster und rief Feuer. Darüber kriegte ich solche Angst und bin in das Feld gelaufen. Da bin ich ein paar Stunden gewesen, habe mich hingesetzt und darüber geweint, daß ich das nun gemacht hatte. Ich hatte nachher Kopfschmerzen von dem vielen Weinen. Mein Vater fragte mich, wo ich gewesen wäre, und da sagte ich, ich hätte Herrn R. gesucht. Abends hatte ich keine Ruhe, so daß ich nicht schlafen konnte. Am anderen Morgen haben sie mich gefragt, ob ich es nicht getan hätte, ich mochte es bloß vor Angst nicht sagen, ich sagte, ich wüßte nicht, wer es gewesen wäre. Es hat mehrere Wochen gedauert, bis ich darüber hinausgekommen bin!" — Dritte Brandstiftung: „Oktober 1896. Morgens wie ich aufwachte, hatte ich schon Kopfschmerzen, gegessen habe ich den Mittag gar nicht. Mich drückte es hier im Magen, ich hatte auch so einen schlechten Geschmack im Munde. Das Mädchen, mit dem ich zusammen war, sagte nichts dazu, daß ich nicht aß, die war das schon gewohnt. Das andere Mädchen ging aufs Feld, ich wusch in der Küche auf. An dem Tage habe ich nicht gesungen, solchen Hunger hatte ich, aber keinen Appetit. Wie ich das nachher getan hatte, setzte ich mich hin und habe Butterbrot gegessen. Beim Aufwaschen kam mir der Gedanke, wieder mit Angst in der Magengegend, das Bett vom Kuhknecht im Kuhstall anzustecken (nicht der Gedanke überhaupt etwas anzustecken, sondern gerade das Bett). Ich mußte nur um so 'ne Ecke. Es war gerade so, als ob jemand mir das sagte, es war so, als ob ich die Worte hörte, recht grob, als ob mich einer dahinschubben wollte. Es war so wie eine Stimme, es muß aber doch in mir gewesen sein, ich war ja ganz allein in der Küche. Es war nicht so, als ob ich es in den Ohren hörte, sondern in mir. Ich mußte so 'ne kleine Leiter hinauf, habe dann erst das Streichholz angezündet und habe es



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach der Gegend des Kopfkissens geschmissen — ich habe gar nicht hingesehen. Dann habe ich mir aus dem Holzstall Holz geholt; wie ich raustrat, war die Angst fort. Nach dem Holzholen habe ich gegessen, dann kehrte ich in der Küche zusammen und trug den Kehricht nach dem Mist heraus und sah, wie so ein Qualm aus dem Kuhstall kam. Da dachte ich erst wieder daran, daß ich das getan hatte, bin rasch raufgelaufen und habe die Betten rausgeschmissen, da war weiter noch nichts verbrannt. Herr L. kam dazu und fragte; ich sagte, ich wüßte es nicht. Aus dem Laken war nur so ein Stück herausgesengt und das habe ich auf Geheiß von Frau L. gleich geflickt, dabei habe ich geweint, daß ich das getan hatte, und habe darauf zurückgedacht, daß ich so was schon mal getan hatte." — Vierte Brandstiftung: „Ende Oktober 1896. Zwei Tage nachher kriegte ich meine Regel. Frühmorgens hatte ich noch nichts gespürt, um 10 Uhr aber mußte ich zum Mohrrübenaufgraben und kriegte solche Kopfschmerzen dabei — gegessen habe ich etwas, aber nicht viel —, die Kopfschmerzen saßen hier (zeigt auf die linke Schläfe), es war so ein Reißen. Nach dem Essen wollte ich abwaschen und Feuer unter dem Kessel machen, um Wasser warm zu machen. Dann kriegte ich Hitze und Drücken hier (Magengegend). Dann kam die Angst und so 'ne Stimme, als wenn mir jemand das sagte, es ist aber innerlich gewesen. Ich habe ein Streichholz genommen und bin die Treppe rauf auf den Heuboden über dem Kuhstall gelaufen; wo auch das kleingemachte Holz lag, das wir zum Feuermachen holen mußten. Angehalten habe ich das Streichhölzchen nicht (so an das Heu), sondern habe es nur so reingeworfen. Wie ich die Treppe wieder runter war, war die Angst schon weg. Ich habe dann noch aus dem Kuhstall Stroh geholt zum Feueranmachen unter dem Kessel. Da kam schon ein Mann und sagte, es käme Dampf aus dem Dach. Erst da fiel es mir wieder ein. Da bin ich vor Angst auf unsern Boden gelaufen, wo wir schliefen, und habe geweint. Ich ging dann wieder runter und habe die Betten mit raustragen helfen aus dem Pferdestall. Nachts hatte ich keine Ruhe, daß ich das nun getan hatte. Am andern Morgen fragte mich der Wachtmeister, und da habe ich es gesagt, daß ich es gewesen bin, ich wüßte nicht warum. Er hat mich dann gleich mitgenommen ins Gefängnis nach H. Ein anderes Mal hatt' ich auch Angst, mußte mit einem Male aus der Küche weglaufen, hatte Hitze im Kopf und Drücken in der Magengegend und wußte gar nicht, was ich tat. Ich machte die Schweine los, brachte sie aber nachher wieder rauf in den Stall. Auch die Kühe habe ich in solchem Zustand einmal losgemacht. Der Knecht wunderte sich immer, wie die Kühe loskamen, nachher habe ich gar nicht mehr daran gedacht. Wenn mir so ein Gedanke aufstieg, dann mußte ich gerade das tun, woran ich dachte; es hätte nichts geholfen, wenn ich etwas anderes tat. Nachher wurde es mir richtig leicht. Nun soll ich wohl dafür auch noch bestraft werden?"

Das Abschneiden des Zopfes in der Untersuchungshaft führt die U. auf ein plötzlich aufsteigendes Angstgefühl mit der Vorstellung „du mußt


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das jetzt tun" zurück, auf Grund ähnlicher innerer Vorgänge hat sie sich hinsetzen und das Haar kämmen müssen.

Hiernach leidet U. an hysterischem Irresein. Ihre Unterbringung in einer Irrenanstalt ist notwendig. Denn die schwerwiegenden Folgen, welche die Taten der U. gezeitigt haben, beweisen, daß es sich um eine gemeingefährliche Person handelt, die Ähnliches, vielleicht noch Schlimmeres, wiederbegehen kann, wenn sie ohne erforderliche Aufsicht sich selbst überlassen bleibt. Andererseits ist der Krankheitszustand sehr wohl, wenn auch vielleicht erst nach Ablauf eines längeren Zeitraums, einer Besserung fähig.

Die U. hat sich zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden, durch die die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Die forensische Begutachtung stieß bei der Motivlosigkeit der Brandstiftungen und der völligen Unbescholtenheit, sowie angesichts der prägnanten, unbedingt für Selbsterlebtes sprechenden Schilderung, schließlich nach Feststellung des hysterischen Grundleidens auf keine Schwierigkeiten. Auf Grund des Gutachtens ist dann auch das Verfahren gegen die U. eingestellt worden.

In der Diskussion bemerkt Hofrat Dr. *Ganser*: Interessant ist es, im vorliegenden Falle zu sehen, wie die Angst zu Gewalttaten führt. Angst tritt wie beim Gesunden so beim psychisch Kranken unter verschiedenen Formen auf — unter dem Bild der Depression oder aber auch als Erregung; sie stellt eine eigenartige Energieanhäufung dar, die schließlich zu irgendeiner Entladung drängt. Ähnlich wie hier die Brandstiftung, tritt in analogen Fällen Selbstmord oder Gewalttat gegen das Leben anderer ein; auch geringfügigere Delikte gehen aus derartigen psychischen Zuständen hervor, z. B. Zerstörung von Gegenständen und dergleichen. Daß im vorliegenden Falle Hysterie bestand, bezeichnet die psychische Degeneration.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Als Beispiel dafür, wie aus Angst Brandstiftung entstand, kann der Fall eines jungen Mädchens gelten, das, wie sich später ergab, geistig normal war. Das Mädchen zündete unter dem Eindruck der Angst, daß von ihm geschriebene anonyme Briefe zu seiner Verurteilung führen könnteu, das Haus an, in dem diese Briefe lagen.

Hofrat Dr. *Ganser* bezeichnet es als auffallend, daß das Motiv, wie es dies Mädchen angegeben, in keinem Verhältnis zur Tat stand. Erst heute sei ihm ein Fall zugeführt worden, in dem ein Kind, welches bereits als ganz verlogen bekannt war, sein Zensurbuch verbrannte. Es war, nachdem es eine lange Geschichte erfunden hatte, mehrere Tage lang verschwunden, hatte auch auswärts lange Lügengeschichten erzählt und sich als Kindermädchen angeboten. Das Kind gab an, daß es in der Angst weggelaufen sei, ohne Plan und Ziel. Nachts hat es nach Angabe der Mutter öfters Zustände ängstlicher Erregung gehabt, von denen es früh nichts


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wußte. Der Fall erscheint genügend motiviert auf den ersten Blick, bei näherer Würdigung stellt sich doch heraus, daß das Kind nicht normal ist. So dürfte es sich mit den meisten derartigen Fällen verhalten; es sollte da stets eine genaue Untersuchung stattfinden.

91. Sitzung vom 2. Juni 1904.

Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann*-Dresden berichtet aus der *Aschaffenburg*schen Monatsschrift.

Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden: „Die psychischen Zwangserscheinungen."

An der Hand einer Monographie Dr. *Loewenfeld*s bespricht Vortragender die Entwicklung der Lehre von den psychischen Zwangserscheinungen und weist nach, daß von den lange festgehaltenen vier Hauptkriterien *Westphal*s (I. Intaktheit der Intelligenz; II. Mangel einer affektiven Grundlage; III. das sich Eindrängen der Vorstellungen in das Bewußtsein gegen den Willen des Patienten und die Unfähigkeit des letzteren, dieselben zu verdrängen; IV. die Erkenntnis der Fremdartigkeit und Abnormität der Vorstellungen seitens des Kranken) nur die III. noch zu Recht besteht. Die Zwangserscheinungen werden nach den drei Hauptsphären des psychischen Lebens, der intellektuellen, der emotionellen und der motorischen gesondert. Von den ersten beiden Gruppen bespricht Vortragender die, welche forensisches Interesse haben, und zwar Klepto- und Pyrophobie, Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhaltes und sexuelle Zwangsvorstellungen. Am eingehendsten behandelt er die Zwangserscheinungen der motorischen Sphäre, die zu Verstößen gegen das Strafgesetz führen: die sexuellen und die homizidalen Impulse, die Pyromanie, Kleptomanie und Dromomanie.

92. Sitzung vom 9. Juli 1904,

Besuch der neuen Landesstrafanstalt Bautzen unter der Führung des Direktors, Herrn Regierungsrats *Reich*.

Die Anstalt ist auf einem nördlich von der inneren Stadt gelegenen, über 10 ha großen Flurstücke in gelbem Rohbau errichtet worden. Das Terrain ist für die Beseitigung der Schleußenwässer günstig gelegen, da es nach der Spree zu mäßig stark abfällt. Außerhalb der 4 m hohen Ringmauer liegt eine Anzahl von freundlichen Gebäuden, die als Wohnungen für Beamte benutzt werden.

Die innerhalb der Mauer liegende Anstalt zerfällt in zwei durch Mauer völlig voneinander getrennte Teile: das Männergefängnis für 800 Köpfe und das Gefängnis für etwa 300 jugendliche männliche Sträflinge. Das erstere ist eine Zentralanlage in Kreuzform erbaut. Ihr Südflügel enthält im Unter- und Erdgeschosse Verwaltungsräume. Über denselben ist die sehr stimmungsvoll gehaltene Kirche eingebaut. Es besteht die Einrichtung terrassenförmig angelegter


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Einzelsitze für die Gefangenen, jedoch nicht in der sonst üblichen geschlossenen Budenform. In den sich unmittelbar an diesen Verwaltungsflügel nach Osten und Westen anschließenden beiden Flügeln (den Kreuzesarmen), befinden sich etwa 400 Zellen für Einzelhaft. Dieselben sind den Anforderungen der Neuzeit angemessen eingerichtet. In gesundheitlicher Beziehung ist, als besonders vorteilhaft, der auch hier wie in allen bewohnten Räumen der Anstalt eingeführte Linoleum-Fußbodenbelag zu erwähnen. Die leicht zu handhabenden und für die Verhältnisse der Strafanstalt besonders praktisch konstruierte Dreh-Bettstelle ohne Füße ist neu. Sämtliche Zellen sind mit kleinen Gasglühlampen ausgestattet, das Klosett ist tragbar und wird in besondere Spülzellen entleert.

Der nördliche Flügel des Kreuzgebäudes enthält vier in vier Stockwerken übereinander gelegene Arbeitssäle mit je 100 Arbeitsplätzen; zu jedem dieser Arbeitssäle gehört ein auf demselben Korridor in nächster Nähe gelegener Schlafsaal mit der gleichen Zahl von Schlafzellen. Wie in der Zellenhaft ist auch in den Arbeits- und Schlafsälen auf die räumliche Trennung der Gefangenen durch die Einrichtung von Einzelplätzen und Schlafzellen Bedacht genommen, um auch in dieser Haftform die ständige geheime Einflußnahme übler Elemente auf die weniger verdorbenen tunlichst hintanzuhalten und dadurch allen Besserungsbestrebungen die Wege zu ebnen. Die für Gemeinschaftsgefangene bestimmten Schlafzellen enthalten zugleich die nötigen Vorrichtungen für die tägliche körperliche Reinigung. Auf den Arbeitssälen führen je zwei Aufseher am Tage unausgesetzte Aufsicht, desgleichen sind auch sämtliche Schlafsäle des Nachts ständig überwacht, da an jedem Schlafsaal eine Wachtstube in direkter Verbindung mit dem Saale sich befindet. Die an den Arbeits- und Schlafsälen befindlichen Abortanlagen mit Grubensystem werden durch Dampfspiralen ausreichend ventiliert. Die Beleuchtung der Anstalt erfolgt durch Gasglühlicht. In den Untergeschoßräumen des Zentralgebäudes befinden sich von allen Flügeln leicht erreichbar die Badeanlagen mit 28 Einzelständen. Allwöchentlich wird jedem Gefangenen ein Brausebad verabreicht, auch werden Vollbäder auf ärztlichen Vorschlag gewährt.

Die neubeschaffte Gefangenenbibliothek umfaßt bereits etwa 3000 Bücher, welche mit Rücksicht auf ihre Bestimmung sorgfältig geprüft und ausgewählt werden. Auch in den im Mittelpunkte des Gebäudes gelegenen Schulzimmern ist das Trennsystem mit Einzelpulten, soweit nötig, durchgeführt.

Nördlich von dem Männerhause liegt das Fernheizwerk der Anstalt mit vier Dampfkesseln und etwa 550 m langen in alle Gebäude unterirdisch geführten mannshohen Heizkanälen. Der im Fernheizwerk erzeugte Dampf wird in den Kanälen den einzelnen Gebäuden zugeführt und erwärmt den Inhalt der dort befindlichen Wasserkessel. Das aus diesem in besonderem Röhrensystem kreisende heiße Wasser beheizt dann die sämtlichen Räume der Anstalt. Nur die Kirche, die Waschanstalt und die Küche werden direkt mit Dampf versorgt.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das zwei Stockwerk hohe, aus zwei rechtwinklig aneinanderstoßenden Flügeln bestehende Krankenhaus enthält im Untergeschoß eine Waschküche, Desinfektions- und verschiedene Abstellräume. In den beiden Stockwerken befinden sich in 20 Einzel- und 9 Gemeinschaftszimmern 60 Betten für Kranke sowie in bequemer Anordnung die nötigen Teeküchen und Badezimmer sowie das Arbeitszimmer für den Arzt und die für das Aufsichts- und Wärterpersonal erforderlichen Aufenthaltsräume. Für ansteckende Krankheiten besteht außerdem eine besondere, unter Extraverschluß gehaltene Abteilung. Die hellen, geräumigen, gut zu lüftenden Korridore gewähren in der kalten Jahreszeit gute Gelegenheit zur Bewegung der Kranken außerhalb der Krankenstuben.

Der Anstrich der Räume ist ein wohltuendes Hellgrau. An Stelle von Scheuerleisten laufen an allen Wänden Hohlkehlen aus festem, glattem Torgament, welche eine gute Reinhaltung des Linoleumfußbodens ermöglichen. Für die warme Jahreszeit ist ein besonderer Krankenhof zum Aufenthalt der Kranken im Freien bestimmt. Für eine ausreichende Zahl von Spucktöpfen in allen Räumen der Anstalt und deren Höfen ist Sorge getragen.

Dicht beim Krankenhanse liegt das Sektionshaus nebst Parentationshalle mit drehbarem Marmorsektionstisch und neuzeitlichen Reinigungsvorkehrungen.

Die Küche und Anstaltsbäckerei sind in einem einzelstehenden Gebäude untergebracht, das von allen Teilen der Anstalt leicht erreicht werden kann. Erstere ist mit *Senking*schen Dampfkoch- und Dämpfapparaten sowie mit zweckmäßigen Aufwasch- und Spülapparaten ausgestattet. In der Bäckerei können in zwei großen Backöfen neuester Konstruktion mit vier Backplatten täglich 600 Roggenbrote, dazu auch der Bedarf an Weißbrot und Semmeln gebacken werden. Die dargereichten Proben von Brot und Abendkost erwiesen sich als gut und schmackhaft. Durch den mit einem großen, praktisch angelegten Ladeschuppen versehenen Packhof der Anstalt gelangt man auf das Gebiet der Abteilung für die Jugendlichen. Diese besteht aus der bereits im Betriebe befindlichen Waschanstalt und zwei noch im Baue befindlichen Häusern, die analog der Männeranstalt ebenfalls für gemischte Haftform berechnet sind.

Was bei Besichtigung der Anstalt noch besonders ins Auge fiel, sind die mit grünen Rasenplätzen und teilweise schon mit Bäumen bepflanzten großen Höfe der Anstalt, die zur Bewegung der Gefangenen während der ihnen täglich zu gewährenden arbeitfreien Zeit Verwendung finden. Für Licht und Luft ist in ausgiebigem Maße gesorgt.

93. Sitzung vom 18. Oktober 1904.

Hofrat Dr. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellungen.

1. Hausmädchen, Polin, Alter unbekannt, hochgradig geistesschwach, antwortet langsam, versteht oft einfache Fragen nicht, ist örtlich gut, zeitlich mangelhaft orientiert, besitzt selbst die einfachsten Schul-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kenntnisse nicht. Findet sich mit Jahreszahlen nicht zurecht, rechnet: 6×6 = 70, 18 — 5 = 12, zählt aber Münzen im Betrage von 1,95 M. richtig zusammen. Mehrfach bestraft wegen unbedeutender Diebstähle, die sie stets sofort eingestand. Herr *Ganser* meint, daß die Kranke sicher stets so schwachsinnig gewesen ist wie jetzt, und daß sie nur deshalb verurteilt wurde, weil niemand Anlaß fand, die Frage aufzuwerfen, ob sie zurechnungsfähig sei.

Diskussion. — Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann*-Dresden fragt, ob man notwendigerweise annehmen müsse, daß der Zustand der Kranken bereits früher derselbe wie jetzt gewesen sei; jetzt sei ja die Verständigung mit ihr kaum möglich, es sei daher nicht verständlich, wie sie in diesem Zustande habe verurteilt werden können.

Landrichter *Stoss*-Dresden macht darauf aufmerksam, daß die Kranke polnisch unterrichtet worden sei, deshalb müsse man wohl annehmen, daß in ihrer Muttersprache mehr aus ihr zu erfragen wäre.

Dr. *Ganser* bezweifelt dies, da sie mit der Sprache keine Schwierigkeiten habe, soweit die Gegenstände ihr vertraut seien. Er weist ferner darauf hin, daß nach Freisprechung die Kranke sicher wieder stehlen werde, doch würde derselbe Erfolg auch eintreten, wenn sie bestraft würde; es werde durch die Bestrafung nichts gebessert. Das einzig Richtige sei dauernde Unterbringung, und zwar gehört sie in eine Irrenanstalt.

Staatsanwalt Dr. *Böhme*-Dresden glaubt mit Herrn *Ganser*, daß die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit in diesem Fall gar nicht aufgeworfen wurde, weil niemand dazu Anlaß fand. Er hält es für richtig, daß in derartigen Fällen, in denen nachträglich Unzurechnungsfähigkeit ermittelt wurde, Nachricht an die Strafregisterbehörden gegeben werde.

Nervenarzt Dr. *Hänel*-Dresden weist darauf hin, daß dieser Vorschlag bereits von *Heilbronner* in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie usw. gemacht wurde.

Herr *Ganser* macht auf die Tatsache aufmerksam, daß die Kranke in den Strafanstalten den Ärzten nicht auffiel, und führt dies auf den Mangel ausdrücklicher Dienstanweisung zurück.

Anstaltsarzt Dr. *Hofmann*-Bautzen erwidert, daß der Mangel nicht an der Dienstanweisung liege, welche die Untersuchung jeder zugehenden Gefangenen vorschreibt, sondern an der ungenügenden Spezialausbildung vieler Gefängnisärzte, die meist nur im Nebenamt angestellt seien. Außerdem bestehe teilweise bei Strafanstaltsbeamten ein gewisses Widerstreben gegen die Überweisung von Gefangenen in die Irrenabteilung. —

2. Steinbrecher, geboren 1874. Erzählt ausführlich, daß er wegen Brandstiftung in der Gefangenenanstalt gewesen und von dort in die hiesige Anstalt gekommen sei; er habe sein Haus angezündet, weil der Wirt ihn totschlagen wollte. Auf Befragen wird er unsicher, ob die ganze Geschichte wahr sei oder nur ein Traum. Patient ist als Trinker bekannt, hat im Delirium tremens tatsächlich Brandstiftung begangen. Es läßt sich durch Zeugenaussagen feststellen, daß er schon vorher vorübergehend an


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ähnlichen durch Sinnestäuschungen hervorgerufenen Angstvorstellungen litt. Die Untersuchung ergibt neben Trunksucht hochgradige Geistesschwäche. Herr *Ganser* betont, daß Patient ebenso leicht wie Brandstiftung auch einen Totschlag hätte begehen können. Er wurde aus der Untersuchungshaft sogleich in die Anstalt gebracht.

Diskussion. — Obermedizinalrat Polizeiarzt Dr. *Donau*-Dresden regt die Frage an, was aus diesem Kranken nach der Aburteilung werden solle; auch die Frage der Entschädigung für unschuldig erlittene Untersuchungshaft könne aufgeworfen werden.

Dr. *Ganser* meint, daß dies eine Verwaltungssache sei. Daß der Kranke am fraglichen Abend trank, kann ihm nicht angerechnet werden, da er es nicht in der Absicht tat, sich zu betrinken, sondern in Verfolg seiner Lebensgewohnheiten.

Landgerichtsdirektor Dr. *Dürbig* weist darauf hin, daß das Gesetz nur bestimme: Entschädigung kann versagt werden, wenn die Tat im Trunk begangen wurde.

Dr. *Ganser* empfiehlt, solche Kranke zu entmündigen.

Nervenarzt Dr. *Stegmann* empfiehlt bei dieser Gelegenheit, daß man bei Entmündigung von Trinkern als Vormünder möglichst Mitglieder von Enthaltsamkeitsvereinen wählen möchte. —

3. Ausläufer, 1884 geboren. Patient wurde hier am 1. August abends auf der Vogelwiese aufgegriffen, nachdem er eine Brandstiftung ausgeführt hatte. Er machte in der Anstalt bis zum 8. desselben Monats einen benommenen Eindruck, wurde zunächst für schwachsinnig gehalten; dann wurde er klar und gab Auskunft über seine Vorgeschichte. Er lebt in Frankfurt a. M. mit seiner Mutter in dürftigen Verhältnissen, hat stark arbeiten müssen. Sein Vater starb an fortschreitender Hirnlähmung, an der er vielleicht schon zur Zeit der Zeugung des Patienten litt. Dieser selbst lernte anfangs gut, bekam dann aber „Gehirnentzündung" und ist seitdem verändert. Oft weiß er nicht, ob er etwas wirklich erlebt oder nur geträumt hat. Die Angabe, daß er im Anschluß an die Gehirnentzündung auch Rückenmarkhautentzündung mit schnell vorübergehender Lähmung beider Beine gehabt habe, legt den Gedanken an Hysterie nahe, zumal da sich keine Reste organischer Störungen finden lassen. Es fehlen aber zurzeit körperliche Zeichen für Hysterie. Wie Patient nach Dresden gekommen ist, weiß man nicht; er selbst hat keine Erinnerung an das ihm zur Last Gelegte; er muß sich in einem Dämmerzustand befunden haben, kann aber in seinem Auftreten nicht auffällig gewesen sein. Er hat seiner Angabe nach schon mehrmals ähnliche Zustände gehabt, in denen er stundenlang in Frankfurt und Umgebung umherirrte, dann aber erwachte und nach Hause ging. Die Mutter hat auf briefliche Fragen bisher nicht geantwortet.

Patient bietet jetzt nichts Abnormes außer einer an einzelnen Tagen auftretenden Ängstlichkeit und einer gewissen Unselbständigkeit, die man sonst bei seinen Alters- und Standesgenossen nicht findet. Tageweise ist



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patient verstimmt, etwa wie ein normalerweise bekümmerter Mensch; dabei ist er ganz klar, fühlt auch selbst die Veränderung, kann sie aber nicht erklären. Man sieht in solchen Zuständen dem Patienten die Verstimmung am Gesicht an. Dieser weiß sich des Zustandes auch am nächsten Tage zu entsinnen, kann aber keine Erklärung dafür finden.

Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden hat einen soeben aus der Schule entlassenen Knaben beobachtet, der in der Lehre nicht bleiben konnte, weil er oft stundenlang wegblieb, wenn er Besorgungen machen sollte. Er leidet an Bettnässen und an Anfällen von Blässe und Bewußtlosigkeit. Offenbar handelt es sich hier um Epilepsie.

94. Sitzung vom 1. Dezember 1904.

Dr. *Stegmann* und Dr. *Haenel* besprechen Arbeiten aus der *Aschaffenburg*schen Monatsschrift.

In der Diskussion bemerkt Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*: Die verschiedenen Ausführungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit bewiesen, wie sehr die Frage der letzteren noch der Klärung bedürfe. Das schweizerische Gesetzbuch wähle vielleicht den richtigen Mittelweg; eine andere Frage sei es aber, ob dieses Gesetzbuch insoweit auch in einem so großen Gemeinwesen wie Deutschland anwendbar sei. Möglich sei auch, daß die Frage immer flüssig bleiben werde. Zu begrüßen würde ein auch pekuniär durchführbarer Mittelweg sein. Staatsanwalt Dr. *Böhme*: Dieser Mittelweg würde vielleicht die Angliederung der An talten für die gemindert Zurechnungsfähigen an die Strafanstalten sein. Dr. *Haenel*: Die Reform würde dann auf eine Veränderung des Regulativs der Strafanstalten dergestalt hinauslaufen, daß man einen Teil der Internierten anders behandle, das erziehliche Moment mehr zur Geltung bringe. Dr. *Böhme*: Für diese Abteilung der gemindert Zurechnungsfähigen könnte dann dem Arzte mehr Einfluß als dem Strafanstaltsdirektor eingeräumt werden. Dr. *Stegmann* hält für notwendig, die gemindert Zurechnungsfähigen länger interniert zu halten, und für unmöglich, daß diese durch das Strafanstaltspersonal gegenwärtiger Schulung erfolgreich behandelt würden. Eine andere Schulung sei aber eben kostspielig, allerdings kosteten auch die vielen Strafprozesse gegen gemindert zurechnungsfähige Verbrecher viel Geld. Anstaltsarzt Dr. *Kötscher* hält für ungerecht, daß die Strafe von vornherein im Urteil festgesetzt werde. Erst in der Strafanstalt müsse s. E. bestimmt werden, wie lange der Internierte dort zu verbleiben habe. Er steht auf dem Standpunkt *Bleulers* und hält die doppelte Bestrafung und Verwahrung für ungerecht. Die vermindert Zurechnungsfähigen seien im eigentlichen Sinne nicht straffähig. Dr. *Haenel*: Kurse und dergleichen könnten das jetzige Anstaltspersonal auch für die gemindert Zurechnungsfähigen geeignet machen. Auch er hält die Möglichkeit von Verurteilungen ohne bestimmtes Strafmaß für erstrebenswert. Die rein disziplinelle Hausordnung der Strafanstalten könne durch Bestimmungen über individuelle Behandlung der vermindert


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zurechnungsfähigen erweitert werden, dadurch käme man am weitesten. Dr. *Stegmann*: Es müsse ein Weg gefunden werden, die der Gesellschaft schädlichen gemindert Zurechnungsfähigen möglichst unschädlich zu machen. Die Erziehung de jetzigen Strafanstaltspersonals zur individuellen Behandlung derselben hält er für sehr schwierig. Landrichter *v. Teubern* weist darauf hin, es sei zu unterscheiden zwischen dem Schutz vor Gewohnheitsverbrechern und dem vor gemindert Zurechnungsfähigen, der mit jenem nicht identisch sei. Die Stellungnahme zu den gemindert Zurechnungsfähigen hänge davon ab, welchen Zweck das Gesetz mit der Strafe verfolge. Dr. *Böhme*: Ein Strafgesetzbuch, das nur einen Strafzweck anerkenne, werde stets scheitern; es müsse zwischen den einzelnen Strafzwecken ein Kompromiß geschlossen werden. Dr. *Stegmann* meint, daß unter den Gewohnheitsverbrechern viel gemindert Zurechnungsfähige seien.

95. Sitzung vom 30. Januar 1905.

Amtsgerichtsrat Dr. *Kraner*-Dresden: Erscheint die Aufhebung des § 175 StGB. zweckmäßig und geboten?

Der Vortragende gab zunächst eine eingehende historische Übersicht über die kriminelle Behandlung des fraglichen Tatbestandes bei den Kulturvölkern aller Zeiten, erörterte dann die Entstehung des § 175 des RStGB. und behandelte ihn kritisch an der Hand der Rechtsprechung. Im Ergebnis gelangte der Vortragende dazu, daß die Aufrechterhaltung des § 175 aus zwingenden Gründen der Sitte und des Rechtsschutzes unbedingt nötig ist, da die sittichen Nachteile, die der Gesellschaft und dem Staate aus der Aufhebung des § 175 StGB. erwachsen würden, schwerer wiegen als die persönlichen und wirtschaftlichen Nachteile (Erpressung usw.), denen die Übertreter dieser Norm ausgesetzt sind.

In der Diskussion weist Landgerichtsdirektor Dr. *Becker* auch seinerseits auf die Gefahren für das Gemeinwohl hin, die durch die etwaige Aufhebung des § 175 StGB. gezeitigt würden. Warum das Gesetz, das sich mit germanischer Sittlichkeit im Einklang befinde, aufzuheben sein sollte, sei nicht einzusehen. Warum soll man romanische Auffassungen adoptieren, während das Gefühl unseres Volkes offensichtlich gegen Aufebung des § 175 ist? Hofrat Dr. *Ganser*: Die Frage, ob § 175 aufzuheben sei oder nicht, ist nicht auszutragen auf medizinischem Gebiete, wiewohl naturwissenschaftliche Kenntnisse bei der Prüfung wünschenswert sind. Die medizinischen Gründe, die für die Abschaffung geltend gemacht werden, sind überdies übertrieben; z. B. die von *Krafft-Ebing* hervorgehobenen unsäglichen Leiden der armen Urninge. Die Fälle, wo ein Täter nach § 175 geisteskrank ist, sind selten. Bei Unwiderstehlichkeit des Triebes liege krankhafte Störung der Geistestätigkeit vor; der Beweis dieses Zustandes ist in der Regel aber schwer zu erbringen. Die Zahl der homosexuell Tätigen ist m. E. verhältnismäßig gering. Vielleicht das Beste in der Frage hat *Hoche* geschrieben. Es kommt vor, daß Leute, die homosexuelle Neigungen haben, heiraten, ja Kinder


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeugen. Solche Fälle sind dann psychiatrisch besonders schwierig. Die öffentliche Meinung ist wohl niemandem gegenüber so hart wie den Homosexuellen. Die strenge Strafandrohung für Päderastie bei den Juden wird mit ihrem Gesetzessatze zusammenhängen: Ihr sollt euch mehren wie der Sand am Meere! Die letzten Wurzeln der Sittlichkeit müssen darauf hinführen, die Art fortpflanzungsfähig zu erhalten. Weil der Homosexualismus Verbrechen gegen die Existenz der Art und ihre Fortpflanzungsfähigkeit zeitigt, ist er unsittlich. Die große Zahl der Homosexuellen verübt gar nicht beischlafähnliche Handlungen, die allein nach § 175 StGB. strafbar sind. Ein anderer Teil treibt nur mutuelle Onanie. Nun wird immer gesagt, § 175 bedeute eine große Schutzwehr für die Sittlichkeit. Redner bezweifelt dies und auch die Richtigkeit der Ansicht, daß viele Homosexuelle durch die Strafandrohung von ihrem Tun zurückgehalten würden. Das Publikum dürfte auch annehmen, daß man Höhergestellte häufig nicht anklage; es fragt sich, ob nicht auch der Schaden, der durch dieses Mißtrauen gezeitigt wird, größer ist als eine Beseitigung des § 175. Wer auf dem Standpunkte der Sühne steht, darf allerdings auch beim Homosexualismus nicht halt machen; denn es handelt sich eben um eine Unsittlichkeit. Aber es gibt auch noch andere Unsittlichkeiten (z. B. Onanie), die zurzeit nicht strafbar sind. Anstaltsarzt Dr. *Kötscher* berichtet über Auslassungen verschiedener Autoren, unter anderen des Russen *Nabakoff* über Homosexualität, der nur öffentliche Handlungen bestraft wissen will.

Nervenarzt Dr. *Haenel* bezweifelt, ob in Paris und Italien sich der Homosexualismus wirklich so erheblich nach außen kundgebe, wie es nach den Ausführungen des Vortragenden im Falle einer Aufhebung des § 175 für die Berliner Friedrichstraße befürchtet wird.

Dr. *Kraner* weist auf die Zustände in Neapel, *Kötscher* auf die weite Verbreitung des Homosexualismus in Berlin hin, wo er von der Polizei in gewissem Grade geduldet werde.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker* bespricht die hiesigen Verhältnisse, wo es die sogenannten „Bubenjungen“ gebe. Daß die Polizei nicht immer einschreite, liege an der Beweisfrage, die oft sehr schwierig sei, weil eben nur beischlafähnliche Handlungen strafbar seien. Es wäre also wohl das Folgerichtige, wenn die unzüchtige Handlung zwischen Personen männlichen Geschlechts überhaupt gesetzlich unter Strafe gestellt würde. Der Schutz der Sittlichkeit kann nicht deshalb in Wegfall gebracht werden, weil er in manchen Fällen versagt. Vielleicht verdient sogar nur die Auslegung des bestehenden Gesetzes eine Revision. Aber an Beseitigung des letzteren ist doch wohl nicht zu denken, zumal in einer Zeit, wo die Auffassung darüber, was gegen die Sitte verstoße, eine Erweiterung erfahren hat.

Dr. *Ganser*: Ich sehe weder in der Beseitigung des § 175 ein Hemmnis noch in dessen Fortbestehen eine Förderung der Sittlichkeit.

Dr. *Becker*: Die Existenzbedingungen der Prostitution würden m. E. durch Freigabe des § 175 vermehrt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberamtsrichter Dr. *Weltz*: Wenn eine Straftat häufig begangen wird, muß man sie doch um so mehr bekämpfen, um sie einzudämmen, aber nicht umgekehrt die Strafdrohung aufheben.

Landrichter *v. Teubern* erinnert daran, daß § 175 auch die sogenannte Bestialität unter Strafe stelle, und meint, daß die Bestrafung der letzteren schlechterdings erfolgen müsse.

Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann* bemerkt, daß die Straflosigkeit der „lesbischen Liebe“ im deutschen StGB. nur auf redaktionellem Versehen beruhe.

Dr. *Becker*: Die „Bubenjungen“ pflegen sich nach Dresdner Erfahrungen feminin, die Urninge männlich zu kleiden.

96. Sitzung vom 23. Februar 1905.

Oberarzt Dr. *Ilberg*-Großschweidnitz: Über Lustmord und sogenannte Lustmörder.

Im Anschluß an einen Bericht über den Fall Berger, der in Berlin großes Aufsehen erregte, hat Redner eine größere Anzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen über Geschlechtsverbrechen mit Tötung des Opfers bzw. einschlägige, nicht publizierte Akten studiert. Das gesammelte Material zerfällt in folgende Gruppen: 1. Es kommt an Stelle eines Koitus zur Tötung einer Person. 2. Das Opfer wird getötet und am halb oder ganz toten Individuum wird eine Immissio penis oder eine unzüchtige Handlung vorgenommen. 3. Es findet zunächst ein nicht erzwungener Koitus statt, während oder nach dessen Vollzug die sexuell gebrauchte Person getötet wird. Mit Überlegung wird die Tötung in allen diesen Fällen nur selten ausgeführt. In der Regel sind Lustmorde keine Morde, sondern Lusttötungen. 4. Das Motiv von Tötungen, im Zusammenhang mit denen sexueller Mißbrauch stattfand, ist oft gar keine Betätigung perversen Geschlechtstriebs.

Bei mehreren der geschilderten Fälle spielte der Alkohol eine Rolle als auslösendes Moment, z. B. auch bei einem Homosexuellen, der einen jungen Mann manustuprierte, erstickte und verstümmelte. Manche Täter nehmen anstatt eines Koitus Tötungen vor, andere Male verschaffen sie sich auf andere, teils perverse Art geschlechtliche Befriedigung. Selten erfolgt die Schändung erst nach der Tötung. Häufiger ist es, daß ein Mann eine Person zunächst notzüchtigt und sie dann in Fortsetzung und Steigerung wilder Gier mißhandelt und tötet. Eintretende Impotenz oder Unfähigkeit überhaupt, auch Begegnen eines mechanischen Hindernisses (unentwickelte Vagina) steigern die Wut eines Attentäters oft zu entsetzlichen Handlungen. Am häufigsten geschieht die Tötung in der Absicht, den einzigen Zeugen der verbrecherischen Tat für ewig stumm zu machen. Lustmord bzw. Lusttötung ist also durchaus nicht das häufigste Geschlechtsverbrechen mit Tötung des Opfers. Interessante Besonderheiten bestanden darin, daß es sich einmal weder um Lustmord noch um Lusttötung noch um Tötung überhaupt, sondern um einen Unglücksfall han-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

delte, und daß ein anderes Mal von der eigenen Mutter Lustmord vorgetäuscht wurde, um Mord zu verschleiern.

Besonderer Wert wurde bei der Mitteilung der Kasuistik auf die Frage nach der geistigen Gesundheit des Täters gelegt. Beobachtungen von späterer psychischer Erkrankung derartiger Verbrecher in der Strafanstalt wurden angeführt.

Sodann folgten allgemeine Mitteilungen über sogenannte Lustmörder. Nicht alle, aber viele derjenigen, die sich Geschlechtsverbrechen mit Tötung des Opfers zuschulden kommen lassen, sind Sadisten. Der Sadismus wird beschrieben. Verbindet sich ein Lustmord oder eine Lusttötung mit ausgesprochener psychischer Krankheit (Idiotie, Imbezillität, moral insanity, schwerer Berauschung, chronischer Alkoholzerrüttung, epileptischem Irresein, Dementia paralytica, seniler Demenz oder dergleichen), so ist die Unzurechnungsfähigkeit klar. Schwerer ist diese Beurteilung bei leichtem Schwachsinn, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie ohne Irresein und der Entartung. Hier gilt es zu prüfen, ob der Trieb tatsächlich ein unwiderstehlicher war.

Zum Schluß wird der Geschlechtstrieb der Entarteten an der Hand von *Krafft-Ebings* und namentlich *Hoches* Ausführungen nach seinen quantitativen und qualitativen Veränderungen (Hyperästhesie und Parästhesie) besprochen. Krankhafte Zustände, die sich nur in Steigerung des Geschlechtstriebes äußern, sind nicht bekannt. Finden sich außer dieser quantitativen Abnormität keine Symptome geistiger Krankheit, so genügt dies nicht zur Erfüllung der Voraussetzungen von § 51 StGB. Auch die qualitative Abnormität des Geshlechtstriebs reicht hierzu nicht aus; es muß als Grund eine Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit festgestellt, und es muß untersucht werden, ob die normalerweise in Aktion tretenden Hemmungen infolge von Störung des Bewußtseins, von Urteilsschwäche oder von krankhafter ethischer Verrohung fehlen. Kombiniert sich, wie es beim „Lustmörder" der Fall ist, die quantitative Steigerung mit der qualitativen Abnormität, vermöge welcher eine Befriedigung erst mit Tötung des Opfers eintritt, so ist der Verdacht auf Geisteskrankheit des Täters stets sehr groß. Diesem Verdacht soll der Richter stets nachgehen. Nur eine genaue gerichtsärztliche Expertise, welche bei nicht ausgesprochen geisteskranken, sondern nur entarteten Individuen zu den schwersten Aufgaben der Psychiatrie gehört, kann Klarheit schaffen! —

In der Diskussion weist Hofrat Dr. *Ganser* darauf hin, daß der einfachste und niedrigste Grad des Sadismus wohl darin liege, dritten, meist weiblichen Personen, die Kleider zu zerreißen oder diese nur zu berühren und sie eventuell zu liebkosen. Manche entwenden die Kleider auch oder vernichten oder bespritzen sie, um zur Erregung eigenen Wollustgefühls anderen Schmerzen zu bereiten. Aber nur bei Unwiderstehlichkeit des Triebes liegt krankhafte Störung der Geistestätigkeit vor, so daß Freisprechung zu erfolgen hat.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

97. Sitzung vom 27. März 1905.

Bezirksarzt Dr. *Petzholdt*-Großenhain: Einiges über Kriminalitätsstatistik und deren Einwirkung auf Verbesserung der Kriminalität. (Auf Grund verschiedener Aufsätze der *Aschaffenburg*schen Monatsschrift.)

Die Kriminalstatistik hat, nach *v. Liszts* Ansicht, eine zweifache Aufgabe, sie soll die Kriminalität nicht nur beschreiben, sondern sie auch erklären. Die Bearbeitung der kriminalistisch festgestellten Ergebnisse kann offenbar in doppelter Weise erfolgen; entweder werden gleichzeitig die sich aus den Beobachtungen über einen großen Bezirk, über ein ganzes Land, ja über mehrere Länder gewonnenen, naturgemäß hohen Zahlen verwertet, oder es wird die kriminalistische Untersuchung auf möglichst kleine, örtlich abgegrenzte Gebiete beschränkt. Nach *v. Liszt* verspricht der zweite Weg größeren Erfolg.

Eine größere kriminalistische Untersuchung hat *Herz* geliefert in seiner Arbeit „Die Kriminalität in den einzelnen österreichischen Kronländern und ihr Zusammenhang mit wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen". Sie zeigt, wie schwer es ist, aus großen Zahlen allein ein klares Bild von den das Bild begünstigenden Faktoren zu gewinnen, und beweist auch ihrerseits, daß nur Einzeluntersuchungen auf örtlich beschränktem Gebiete Erfolg versprechen. Von den Ergebnissen dieser statistischen Arbeit möchte ich folgendes erwähnen. Die fast allerorts gemachte Erfahrung, daß die allgemeine Kriminalität der besitzlosen Klassen eine wesentlich andere und natürlich höhere ist als die der wohlhabenderen Schichten der Bevölkerung, wiederholt sich auch hier. Von 1000 aller im Zeitraum von 1862 bis 1899 verurteilten Verbrechern waren vermögenslos 885 (109 hatten einiges Vermögen, und nur 6 waren wohlhabend); von 1000 aller im Zeitraum von 1890 bis 1899 wegen Diebstahls Verurteilten waren sogar 938 ohne Vermögen, 60 hatten etwas Vermögen und nur 2 waren wohlhabend. Auch bei der an und für sich richtigen Vergleichung des Einkommens (anstatt des Vermögensbesitzes) mit der Anzahl der Verurteilungen ergibt sich das starke Überwiegen der ärmeren Bevölkerung bezüglich der allgemeinen Kriminalität. Unter 10 000 Wohlhabenden, das sind solche, die ein jährliches Einkommen über 3600 Kronen haben, befinden sich nur 4 Verbrecher, dagegen unter 10 000 der weniger Wohlhabenden, das sind solche, die weniger als 3600 Kronen jährlich einnehmen, 13, also mehr als dreimal so viel. Es werden nun aber weiter verglichen die Kopfquote, das ist das durchschnittliche Einkommen auf den Kopf der Bevölkerung der einzelnen Kronländer, mit der Anzahl der gesamten Verurteilungen, berechnet auf je 10 000 Einwohner und im zehnjährigen Durchschnitt. Zwar ergibt sich auch hier, daß im allgemeinen in jenen Kronländern, in welchen die durchschnittliche Einkommenshöhe über dem Reichsmittel steht, gegenüber den Kronländern, in denen die Einkommenshöhe unter das Reichsmittel fällt, die Kriminalität unter dem Reich-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchschnitt zurückbleibt, daß also Einkommen und Kriminalität, wie auch nach der früheren Vergleichung, im umgekehrten Verhältnisse stehen; aber schon hier machen sich bemerkenswerte Ausnahmen von der Regel bemerkbar. Denn einige Kronländer, die gerade die günstigsten Einkommensverhältnisse aufweisen, wie Niederösterreich und Salzburg, haben eine höchst ungünstige Kriminalitätsziffer, und andererseits ist diese gering bei Kronländern, die sehr arm sind, wie Tirol, Kärnten und Krain. .Dieses Abweichen von der Regel erklärt *Herz* hauptsächlich durch den Zug nach der Stadt, durch das Zuwandern vieler fremder Personen in die Städte und Industriemittelpunkte sowie durch die verschiedene Gewerbedichtigkeit. Während Niederöstereich mit Wien und Salzburg 29 und 20%, Wien sogar 44 % zugewanderte Einwohner zählt, beträgt die Zahl der zugewanderten Personen in den Kronländern Tirol, Kärnten und Krain nur 4 bis 8%. Nach der Betrachtung der Gesamtkriminalität wendet *Herz* seinen Blick auf fünf verschiedene Deliktgruppen: Diebstahl, Betrug und Veruntreuung, Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt und Sittlichkeitsverbrechen. Beim Diebstahl erhält er das bemerkenswerte Ergebnis, daß die Kronländer mit vorwiegend deutscher Umgangssprache in der Häufigkeit des Diebstahls weit hinter den übrigen zurückstehen, daß also im Westen, im vorwiegend germanischen Teile der Monarchie die Diebstähle sehr selten, im Osten dagegen recht häufig sind. Auf 10 000 Einwohner kommen in Vorarlberg und Tirol nur 20 bis 23 Diebe, in Galizien, Mähren, Schlesien und in der Bukowina aber 57 bis 79 Diebe. Natürlich sprechen dabei auch andere Umstände mit, wie dürftiger Tagelohn (in Ostmähren 60 Heller), geringer Kultu zustand und gewohnheitmäßiger Alkoholmißbrauch. Die geographische Verteilung des Betrugs ist eine völlig andere. Die Betrugsziffer erscheint abhängig von der Intelligenz der Bevölkerung, ist letztere gering, so auch erstere und umgekehrt; so kommt es, daß z. B. in Böhmen das deutsche Sprachgebiet eine doppelt so hohe Betrugskriminalität aufweist als die tschechische, und ferner, daß im allgemeinen die Häufigkeit des Diebstahls und des Betrugs im umgekehrten Verhältnisse stehen. In der Bukowina ist die Betrugsziffer trotz darniederliegender Intelligenz hoch, dies spricht abe nicht gegen die Abhängigkeit derselben von dem Zustande der Intelligenz, denn sie erklärt sich leicht dadurch, daß die größte Rolle im wirtschaftlichen Leben und Verkehr in der Bukowina Juden spielen, deren Hauptkriminalität der Betrug ist. Anders ist das Ergebnis bezüglich der Körperverletzung; denn hier zeigt sich wiederum der Einfluß des vorhandenen oder fehlenden Wohlstandes, indem die nördlichen wohlhabenderen Alpenländer eine geringe, die in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen befindlichen Karpathen und Karstländer und die südlichen Alpengebiete eine hohe Zahl Körperverletzungen aufweisen. Auch zeigt sich ein Einfluß der sprachlichen bzw. nationalen Abstammung; denn die Länder mit vorwiegend deutscher Umgangssprache bleiben unter dem Reichsdurchschnitt, auch die mit tschechischer Umgangssprache, während

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

die Südslaven — nicht aber die Italiener — eine hohe Kriminalität bez. Körperverletzungen haben. Die Delikte, die als Widerstand gegen die Staatsgewalt zu bezeichnen sind, unterliegen andern Einflüssen, sie sind bis zu einem gewissen Grade abhängig von der mehr städtischen oder mehr ländlichen Entwicklung. Bei beiden letztgenannten Deliktsarten macht sich außerdem, wie nicht anders zu erwarten ist, die schädliche Einwirkung des gesteigerten Alkoholverbrauchs geltend, besonders auch diejenige der stärkeren Alkoholgehalt besitzenden Getränke. Die Länder des stärkeren Bierkonsums zeigen in den Verletzungsdelikten geringere Ziffern als die spezifischen Branntwein- und Weinländer. Besonders deutlich war dies im Kronlande Mähren bemerkbar. Im Kreisgerichtssprengel Iglau, in dem hauptsächlich Bier genossen wird, waren bei fünfjährigem Durchschnitt 25 Anklagen wegen schwerer und 364 Anklagen wegen leichter Körperverletzung zu verzeichnen, dagegen standen im weinkonsumierenden Kreisgerichtssprengel Znaim bereits 50 schwere und 610 leichte und im Branntwein-Kreisgerichtssprengel Neutitschein sogar 80 schwere und 1170 leichte Körperverletzungen zur Anklage, also die doppelte und dreifache Menge. — Was nun endlich die letzte Gruppe, die Sittlichkeitsdelikte, anlangt, so bedingt im allgemeinen die geringere Wohlhabenheit nicht eine größere Kriminalität, im Gegenteil die einkommenärmsten Kronländer haben die niedrigsten, die wirtschaftlich besser gestellten Kronländer die ungünstigsten Deliktziffern. Doch die Ausnahmen von dieser Regel — z. B. hat Kärnten und Tirol trotz niedrigen Einkommens hohe, das Küstenland trotz hohen Einkommens niedrige Ziffern bei Sittlichkeitsdelikten — lassen erkennen, daß für deren Steigerung ein ganz anderer Umstand von ausschlaggebender Bedeutung ist, nämlich ein Weibermangel bzw. ein Überschuß unverehelicht bleibender Männer, ferner auch noch die größere Gewerbedichtigkeit durch die ihr anhaftenden Schäden im Wohnungswesen. —

Ein anderer Weg der Forschung ist die kriminalogische Einzelbeobachtung, von der *Passow* meint, daß man ein viel besseres, reicheres und einwandfreies Material beschaffen könne als durch kriminalstatistische Untersuchungen. Eine weitere Methode besteht darin, einzelne antisoziale oder verbrecherische Neigungen bzw. Erscheinungen einer genauen Untersuchung zu unterwerfen und dadurch die Ursachen derselben aufzudecken. Diesen Weg schlägt *Wilmanns* in einer Arbeit über das Landstreichertum ein. Um sich über die Ursachen des Wanderbettels eingehend zu belehren, unterwarf er 200 Insassen des polizeilichen Arbeitshauses Kislau einer genauen Untersuchung, und zwar an der Hand eines Fragebogens, in dem die psychiatrischen, sozialen und kriminalpsychologischen Verhältnisse des Untersuchten, seiner Aszendenz und Deszendenz Würdigung fanden. Die körperliche Untersuchung ergab, daß es sich um ein körperlich minderwertiges Menschenmaterial handelte, nur 28 % waren zum Militär tauglich gewesen. Teilweise waren es früh erworbene oder angeborene Defekte, wie allgemeine Körperschwäche, Stottern, Schielen, Schwerhörig-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit, Sehstörungen und dergleichen, teilweise, und zwar häufiger, in höherem Alter erworbene Anomalien, wie Lungen- und Herzkrankheiten, Schädigungen durch Unfälle, Verstümmelungen, mangelhafte Ernährung, Alkoholismus oder frühzeitige Altersschwäche. Nicht geringer waren die Befunde geistiger Defekte, und zwar sind es besonders vier Formen, die sich finden, nämlich Verblödungsprozesse als Reste einer abgelaufenen oder Erscheinungen einer noch bestehenden Dementia praecox, ferner Epilepsie, weiter Imbezillität und endlich Trunksucht infolge abnormer Veranlagung. Nur sehr selten fand sich manisch-depressives Irresein, Idiotie und Alkoholismus ohne abnorme geistige Anlage.

Nur ein kleiner Teil hatte lediglich wegen Bettelns und Landstreichens Strafen erlitten, der weitaus größte Teil war wegen anderer Vergehen und Verbrechen vorbestraft und zwar, abgesehen von den Delikten gegen die Person besonders der Epileptiker und psychopathischen Alkoholiker, sowie von den Sittlichkeitsvergehen der imbezillen Trinker, vorwiegend wegen Eigentumsvergehen. Eigenartige Beziehungen bestehen zwischen Landstreichertum und Verbrechertum. Die Lebensführung eines Menschen ist das Ergebnis von verschiedenen Faktoren, aus seiner geistigen und körperlichen Veranlagung, der Erziehung und seiner Umgebung. Die von *Wilmanns* unternommene Untersuchung zeigt nun, daß das Landstreichertum meist nicht die Folge e i n e r Schädlichkeit ist, sondern daß meist mehrere Schädlichkeiten zusammen als Ursache hierzu wirken müssen. Eine ganz wesentliche Hilfsursache ist der Alkoholismus. Gleichzeitig aber wird von ihm festgestellt, daß weder die Fürsorgeeinrichtungen für die Wanderbettler (Herbergen, Verpflegsstationen, Wanderarbeitsstätten, Arbeiterkolonien) noch die Bestrafungen (kurze Haftstrafen bzw. Arbeitshausinternierung) eine Einschränkung des Landstreichertums zur Folge gehabt haben, und daß insbesondere die Arbeitshausinternierung nicht geeignet ist, die Insassen sozial werden zu lassen, weil abgesehen von der allgemeinen Scheu vor der Beschäftigung gewesener Arbeitshäusler eben ein großer Teil der Insassen entweder gar nicht oder nur in beschränktem Maße und nur unter ganz ausgesuchten günstigen Bedingungen zu einer selbständigen Lebensführung fähig ist. Auf Grund dieser Feststellungen entwickelt *Wilmanns* dann Ratschläge zur Bekämpfung des Landstreichertums.

Ferry äußert gegen eine Statistik Bedenken, welche lediglich die Zahl der Verurteilten und nicht die Zahl der Deliktverübungen als ausschlaggebend für die Kriminalität annimmt, da ja 60 % aller strafbaren Handlungen unbestraft bleiben, sei es, weil der Täter unbekannt oder weil er in 20 % der Fälle freigesprochen wird. Auch die nicht verurteilten Fälle muß man in Rechnung ziehen, wenn die Statistik dazu dienen soll, die Beziehungen der Kriminalität und der Geisteskrankheiten aufzudecken; dieser Punkt kann und wird Unsicherheit in die Richtigkeit der Unterlagen jeder Kriminalstatistik bringen.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Kriminalstatistik kann auch zur Verminderung der Kriminalität selbst etwas beitragen. Kennt man die Ursachen eines Übels — und diese Erkenntnis schafft ja bezüglich der Kriminalität die Statistik —, so ist wenigstens Milderung des Übels möglich, da doch wohl stets die eine oder die andere Ursache durch geeignete Maßnahmen auszuschalten ist. Als Beispiel mag wieder das Landstreichertum dienen. *Wilmanns* kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Vorschlägen: Vor allen Dingen ist die Überwachung der Erziehung gefährdeter Kinder möglichst zu steigern, denn das spätere Scheitern ist sehr oft veranlaßt durch mangelhafte Erziehung, besonders der unehelichen Kinder und der Waisen. Von den gewerbsmäßig Kriminellen sind $^1/_9$ unehelich, $^1/_3$ vor dem 14. Lebensjahre Waisen! Weiter ist aber eine Reform der Zwangserziehung anzustreben; die jetzige Art der Zwangs- und Fürsorgeerziehung hat leider keine guten Erfolge, weder die Familienpflege noch die Zwangserziehungsanstalten. Bei ersterer läßt die Auslese der Pflegeeltern und Pfleglinge manches zu wünschen übrig, bei den letzteren besteht der Hauptfehler darin, daß psychopathische, ja psychotische, also fast völlig undisziplinare Kinder mit geistig normal Veranlagten aber vernachlässigt Erzogenen zusammengebracht und durch diesen Verkehr sehr ungünstig beeinflußt werden. Bei den engen Beziehungen, die zwischen dem Landstreicher- und ja auch anderem Verbrechertum und dem Alkoholismus herrschen, verlangt *Wilmanns* entschieden eine tatkräftige Bekämpfung des Alkoholismus, nicht allein durch Einschränkung der Alkoholverkaufstätten, besonders der Schnaps-Winkelkneipen, sondern vor allen Dingen dadurch, daß die in dieser Hinsicht segensreicher als Arbeitshäuser wirkende Tätigkeit der verschiedenen Anti-Alkoholvereine staatlich in viel höherem Maße unterstützt werde. Endlich weist er noch auf die Notwendigkeit hin, die Arbeitlosigkeit, die ja so oft den ersten Anlaß zum Abirren vom rechten Wege bildet, möglichst zu bekämpfen, durch Notstandarbeiten, durch Verlegen großer öffentlicher Arbeiten in arbeitsarme Zeiten, durch Errichtung von Schreibstuben und öffentlichen Werkstätten, durch Ausbau einer Arbeitlosenversicherung und andere ähnliche Maßnahmen. Alle diese Verhütungsmaßregeln versprechen wenig Erfolg für die Eindämmung des professionellen Bettlertums; zur Bekämpfung dieses ist vor allen Dingen die Unschädlichmachung der unverbesserlichen, antisozialen Elemente nötig. Solche sind aber fast alle wirklich professionell gewordenen Landstreicher und Verbrecher; eine Ausnahme bilden nur einige wenige, die in eine passende Stellung versetzt werden können, und ferner diejenigen, welche früher sozial, lediglich infolge des Alkoholismus antisozial geworden sind und nun auch durch eine Internierung in Trinkerheilanstalten und durch alsdann einsetzende Einwirkung der Enthaltsamkeitsvereine dem sozialen Leben zurückgegeben werden können. Die übrigen — und dies ist wie gesagt weitaus die Mehrzahl — müssen individuell behandelt werden: die Geisteskranken gehören in die Irrenanstalten,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Idioten in die Idiotenhäuser, schwere Epileptiker in Epileptikerheime; die durch Alter und Gebrechen an gröberer Arbeit Verhinderten müssen in für sie besonders geschaffenen Anstalten untergebracht werden. Dagegen müssen die körperlich Gesunden und Rüstigen in Arbeiterkolonien vereinigt werden. Für einen kleinen Teil von jungen, kräftigen und selbständigen Individuen könnte die Deportation in unsere Kolonien als erfolgversprechendes Mittel in Frage kommen. Gewiß sind die auf der Kriminalstatistik fußenden Vorschläge *Wilmanns* geeignet, nicht nur das Landstreichertum, sondern auch das Verbrechertum im allgemeinen einzudämmen.

Bezüglich der Fürsorgeerziehung sind allerorts weitgehende Hoffnungen auf die Wirkung des § 1666 BGB. gesetzt worden, vielleicht weniger bei uns im Königreich Sachsen, da wir in § 1803 unseres Sächsischen Bürgerlichen Gesetzbuchs ganz ähnliche Bestimmungen bereits seit Jahren besaßen, aber in anderen deutschen Staaten, besonders in vielen Teilen Preußens, wo der fragliche Rechtszustand erst ganz neu durch das Bürgerliche Gesetzbuch eingeführt wurde. Daß die Fürsorgeerziehung in allen nur irgendwie geeigneten Fällen in richtiger Weise eintritt, ist in jeder Hinsicht zu wünschen, nicht zum mindesten im Interese einer Verbesserung der Kriminalität. Diese günstige Wirkung ist möglich; zeigt uns doch die Kriminalstatistik, daß eine mangelhafte, ungenügende Erziehung in der Jugend eine Grundursache des Abirrens vom rechten Wege bildet.

98. Sitzung vom 3. Mai 1905.

Hofrat Dr. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung.

30 Jahre alter Mann, vom 12. Lebensjahre an meist in Korrektionsanstalt, Zuchthaus, Irrenanstalt usw. Patient beginnt alsbald zu weinen, erzählt aber auf Befragen die Vorgeschichte seiner Einlieferung richtig. Vater war Droschkenkutscher, trank stark. Patient lernte bis zum neunten Lebensjahre gut, dann schwer, angeblich infolge schlechter Behandlung durch den Vater. Patient kann lesen und schreiben, rechnet: 6 × 13, indem er anfängt: 1 × 13 = 13, 2 × 13 usw., 51 — 9 = „../.“, 51 — 10 = „39“, 51 — 10 = „41“, 51 — 9 „bleibt mehr“ (wieviel?) .... „41“. Jahreseinteilung? „in Monate“. Die Monatstag-Zahlen gibt er richtig an. Tag-Einteilung? „Wenn die Tage heller werden, werden sie länger.“ — „Der Tag besteht daraus, wenn das Tageslicht anbricht.“ — „Der Tag hat 24 Stunden, die Stunde hat 30 Minuten.“ „Die Minute ist eine Sekunde.“ Jahreszeiten? „Weiß nicht“. Gibt es keinen Winter? Nun nennt er sie richtig. Was ist ein Enkel? „Meines Vaters Schwester ist voriges Jahr gestorben, und von der war ich der Enkel.“ Was ist Ihres Vaters Vater? „Mein Großvater.“ Wie stehen Sie zum Großvater? „Ich bin sein Enkel — nein sein Urenkel.“ Wieviel Großväter haben Sie? „Das weiß ich nicht mehr.“ Wieviel Großväter kann man haben? „Zwei oder drei oder auch mehr — das kommt auf die Familie an.“


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Objektive Vorgeschichte: Der Vater war roh, sorgte nicht für die Familie, jagte Patienten aus dem Hause, so daß er im Freien nächtigen mußte. Patient trieb sich umher, nächtigte im Freien und im Asyl für Obdachlose und wurde bereits im 12. Jahre als eine Plage für sich und andere bezeichnet. Er kam in die Landeserziehungsanstalt für verwahrloste Kinder zu Bräunsdorf, blieb dort zwei Jahre, führte sich gut und wurde bei einem Gutsbesitzer untergebracht. Hier unterschlug er, betrog und wurde mit Gefängnis bestraft und mehrere Jahre in der Korrektionsanstalt gehalten. Daselbst oft bestraft, auch mit körperlicher Züchtigung. Dann entließ man ihn wieder zu einem Gutsbesitzer. Alsbald schwerer Diebstahl: 1 Jahr Gefängnis. Im Gefängnis schlechte Führung. Nach Entlassung umfänglicher Diebstahl: 1 Jahr 6 Monate Gefängnis. Im Gefängnis tätlich gegen Aufseher, dafür körperliche Züchtigung. Zusatzstrafe. Hierauf Zuchthaus wegen Diebstahls. Der Anstaltsarzt fand ihn wenig befähigt, fast schwachsinnig. Ein halbes Jahr nach Entlassung Zeichen ausgeprägter Geisteskrankheit, erzählte phantastische Geschichten, hatte hysterische Stigmata und zahlreiche Anfälle von hysterischem Typus (Arc de cercle usw.). Oft Anfälle heftiger Erregung aus nur geringfügiger Veranlassung.

Patient ist erblich belastet, hat hysterische Konstitution und ist schon seit langen Jahren geistesschwach. Die Geistesschwäche erschien von Anfang an als Kriminalität, die Intellektschwäche trat erst später hervor. Es ist nicht zu entscheiden, ob nicht bei sachverständiger Prüfung die Geistesschwäche so weit nachzuweisen gewesen wäre, daß man ihn als unzurechnungsfähig versorgt und so seine Kriminalität hätte verhindern können. Jedenfalls sollten Jugendliche, die bereits so viel Delikte begangen haben, stets von Sachverständigen untersucht werden. Seine Phantastereien sind nicht Lügen mit Bewußtsein, aber auch nicht Wahnideen, sondern gehören zur Pseudologia phantastica. Die Behandlung in der Strafanstalt paßt für solche Leute nicht. Patient ist so reizbar, daß er im Zorn zu den schwersten Gewalttaten fähig scheint. Sehr häufig kommen solche Leute in die Arbeitsanstalten, in welche sie ebensowenig passen. Derartige Überweisungen pflegen zu schablonenhaft und oft nur auf Grund der Akten zu geschehen.

Diskussion. — Dr. *Stegmann*-Dresden: Patient ist nicht vermindert zurechnungsfähig, sondern unzurechnungsfähig; praktisch ist die Versorgung solcher Kranken ebenso zu regeln, wie der der vermindert Zurechnungsfähigen. Dr. *Ganser* betont, daß jeder, dessen Einlieferung in eine Anstalt mit Zuchthausdisziplin in Aussicht genommen sei, von einem Psychiater untersucht werden sollte. Oberarzt Dr. *Nerlich*-Waldheim: Etwa zwei Drittel der in die Irrenstation Waldheim jährlich zur Beobachtung überwiesenen Züchtlinge sind geisteskrank, die übrigen werden „zur Nachsicht“ empfohlen als „geistig minderwertig“. Einzelne Beamte können mit solchen Leuten auskommen, andere sind weniger geschickt; in der Erteilung von Hausstrafen wird der Empfehlung des


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arztes fast immer Rechnung getragen. Dr. *Ganser*: Aus der Arbeitsanstalt kommen die Kranken in die Irrenanstalt, wenn man dort nicht mehr mit ihnen fertig wird; hier geht es dann regelmäßig ohne Strafen viel besser. Dieser Erfolg zeigt, daß die Behandlung der Betreffenden in der Irrenanstalt die richtigere ist.

99. Sitzung vom 7. Juni 1905.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Einiges über die Vorschläge der Reichskommission für die Reform des Strafprozesses.

Der Herr Berichterstatter, welcher der Kommission zeitweise als Mitglied angehört hat, gab einen Überblick über deren Arbeiten und das gesamte von ihr gewonnene Material, indem er zugleich den wesentlichen Inhalt der vorgeschlagenen Änderungen zur Darstellung brachte. Die von dem Herrn Staatssekretär des Reichsjustizamts präsidierte und von Reichsgerichtsrat *Kaufmann* geleitete Kommission bestand aus 21 Mitgliedern, und zwar aus: 6 Reichstagsabgeordneten, 7 Richtern, 3 Staatsanwälten, 3 Rechtsanwälten und 2 Professoren.

100. Sitzung vom 6. Juli 1905.

Feierliche Versammlung in der Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna unter Vortrag einer größeren Anzahl von Beglückwünschungen, sowie eines Überblicks über die bisherige Tätigkeit der Vereinigung, über welche eine Zusammenstellung zur Verteilung gelangte.

Es folgte ein Vortrag des Geheimrats Dr. *Weber*-Sonnenstein über die Entwicklung der Landesanstalt Sonnenstein, woran der dortige Anstaltsgeistliche Pastor *Hempel* noch verschiedene historische Bemerkungen schloß.

Sodann wurde der neuere Teil der Anstalt einer Besichtigung unterzogen. *Ilberg*.

---

7. Juristisch-psychiatrische Versammlung in Stuttgart am 16. Mai 1909.

Anwesend etwa 70 Teilnehmer, darunter Se. Exzellenz Justizminister *von Schmidlin*, Ministerialdirektor *von Zindel*, die Präsidenten und Direktoren mehrerer Landgerichte, Präsidenten der Oberregierung, des Medizinalkollegiums, Professoren der juristischen und medizinischen Fakultät in Tübingen usw.

Vorsitzender: Staatsrat *von Schwab*.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. § 1333 des BGB. und die dafür in Betracht kommenden Krankheitszustände.

Juristischer Referent: Professor Dr. *Rietschel*-Tübingen.
Medizinischer Referent: Professor Dr. *Gaupp*-Tübingen.

Die Vorträge bewegten sich nur teilweise auf psychiatrischem Gebiet; ihre Veröffentlichung soll in einer juristischen Zeitschrift erfolgen.

II. Recht und Pflicht der Prozeßparteien zur Anwesenheit in der Verhandlung bei Beweiserhebung über ihren Geisteszustand.

Medizinischer Referent: Med.-R. Dr. *Kreuser*-Winnental.

Vor einem Berliner Gericht hat unlängst ein psychiatrischer Sachverständiger Bedenken geäußert, das von ihm geforderte Gutachten vorzutragen in Gegenwart des zu begutachtenden Angeklagten. Von den überaus traurigen Aussichten, die er für dessen Zukunft eröffnen müßte, wären, wenn dies in seiner Anwesenheit zu geschehen habe, unheilvolle gesundheitliche Rückwirkungen zu befürchten. — Das Gericht hat sich diesen Bedenken keineswegs verschlossen, sah sich aber außerstande, sie zu berücksichtigen, da nach den Bestimmungen der StPO. eine Abführung des Angeklagten während der Vernehmung des Sachverständigen nicht zulässig wäre.

Der Fall ist vertagt worden, seine spätere Lösung unbekannt geblieben. Es hat sich seiner jedoch die Tagespresse in dem Sinne angenommen, daß sie das Verletzende für das menschliche Empfinden hervorhob, wenn die Vorschriften über das Strafverfahren eine so natürlich erscheinende Rücksichtnahme auf einen Geisteskranken mit schwer gefährdeter Zukunft nicht gestatten. —

Professor Dr. *Beling* in Tübingen, der früher schon in seiner Abhandlung „Über die Beweisverbote als Grenzen der Wahrheitsforschung im Strafprozeß" auf die Schranken hingewiesen hat, die dem Streben der Strafjustiz nach Ermittlung der Wahrheit u. a. auch durch Interessen der Persönlichkeitssphäre gezogen sein müssen, hat den eben erwähnten Fall zum Anlaß genommen, um für die heutige Versammlung Erörterungen darüber vorzuschlagen, inwieweit bei Beweiserhebungen über zweifelhafte Geisteszustände solchen Interessen der Persönlichkeitssphäre Rechnung zu tragen sei im Verlangen nach Anwesenheit der betreffenden Personen bei einer solchen Verhandlung. Aufgabe eines psychiatrischen Referats ist es dabei, von den Wirkungen zu sprechen, die solche Beweiserhebungen ausüben können auf Personen von nicht einwandfreier Geistesbeschaffenheit, wenn sie Gegenstand solcher Erhebungen werden und ihnen anzuwohnen haben. —

Als eine allgemeine Erfahrung kann gelten, daß jede Anzweiflung der geistigen Gesundheit empfunden zu werden pflegt als peinliche, wenn nicht gar schimpfliche Herabsetzung


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Person. Erhebt sich doch gerade durch sein geistiges Leben der Mensch weit über alle übrige Kreatur; in seinem Besitzstande unangefochten zu bleiben, ist für jedermann eine Lebensfrage, und auf ihren gesunden Menschenverstand tun sich selbst Leute viel zu gut, die in ihrer Lebensführung nicht eben besonderes Streben verraten, die höhere Bestimmung des Menschengeschlechts zur Geltung zu bringen.

Bis zu einem gewissen Grade mag ja die allgemeine Scheu vor Geistesstörungen in den noch keineswegs überwundenen Vorurteilen wurzeln, die dämonischen Mächten in Verbindung mit eigener Schuld wenigstens eine Mitwirkung bei ihrer Entstehung zuschreiben. Aber auch vollberechtigte Gründe haben wir, uns vor geistigen Erkrankungen zu fürchten. Ganz abgesehen von den persönlichen Leiden, die sie verursachen, und von den unsicheren Aussichten auf Wiederherstellung, kann niemand verkennen, wie schwer sie einschneiden in die wirtschaftlichen, die sozialen und die rechtlichen Verhältnisse der davon Befallenen, in alles, was uns das Leben lieb und wert machen kann. Weit mehr noch als das körperliche Wohlbefinden ist die geistige Gesundheit für ein überaus kostbares Gut zu erachten; dasselbe sich soviel als möglich unangetastet zu bewahren, hat jeder Mensch ein unveräußerliches Recht und die unabweisbare Pflicht!

Alle Güter pflegen an Wertschätzung nur zu gewinnen, wenn ihr Verlust droht; so besonders auch die geistige Gesundheit in den Augen derer, bei denen sie in Zweifel gezogen werden will. Diese Wertschätzung führt zur eifrigsten Verwahrung, wenn zugleich im eigenen Empfinden unbestimmte Störungen auftauchen, die als Anzeichen einer geistigen Erkrankung zu erkennen, das keimende Übel selbst verhindert. Auch vermehrten Krankheitserscheinungen pflegt ein angemessenes Krankheitsgefühl nicht zu entsprechen. Veränderte Sinnesempfindungen und Gemeingefühle, Störungen der Auffassung und der Aufmerksamkeit, krankhafte Eigenbeziehungen und Sinnestäuschungen, fremdartige Vorstellungen und Gebilde einer erregten Phantasie, überwältigende Stimmungen und Strebungen, verschiedenerlei Willensantriebe und Willenshemmungen, Störungen der Merkfähigkeit und der Reproduktion, der Gedankenverbindungen u. dgl. m., sie alle erschweren und verhindern nur die richtige Erkenntnis des eigenen Zustands. Plötzlich oder allmählich bewirken sie vielmehr eine Umgestaltung der Beziehungen zwischen der eigenen Person und der Außenwelt, wobei die letztere viel eher als verwandelt empfunden wird, denn das eigene Ich. Fügen sich die krankhaft veränderten Eindrücke dem bisherigen Vorstellungsleben nicht ein, so gerät dieses mehr oder weniger in Unordnung und Verwirrung; werden sie ihm wie andere Wahrnehmungen und Erfahrungen angegliedert, so erlangen sie um ihrer Besonderheit willen eine gewisse Vorherrschaft, drängen sie die gesamte geistige Tätigkeit nur aus der Richtung.

Bei schweren Bewußtseinstrübungen, bei Verwirrtheit wie auch bei stärkerem geistigen Verfall hat die Selbstempfindung so Not gelitten, daß es den Leuten gar keinen erheblichen Eindruck zu machen pflegt,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn sie als Geisteskranke angesehen und bezeichnet werden. Sind aber neben gewissen krankhaften Störungen namhafte Seiten des Seelenlebens erhalten geblieben, dauern insbesondere Auffassung und Aufmerksamkeit für äußere Vorgänge fort, und bewegen sich die assoziativen Vorgänge formal in geordneten Bahnen, so pflegen die verfügbaren geistigen Kräfte nicht sowohl, wie Laien erwarten möchten, auf eine Berichtigung irriger Anschauungen, als vielmehr auf deren weiteren Ausbau und ihre Begründung aus der veränderten Selbstempfindung verwandt zu werden; es kann dann zu einem sorgfältig ausgebauten Wahnsysteme kommen, das, von den falschen Voraussetzungen abgesehen, einen geradezu erstaunlichen Aufwand an scharfsinnigen Kombinationen und Schlußfolgerungen zeigen kann. Soweit eine gewisse Umbildung der eigenen Persönlichkeit nicht bestritten werden kann, wird sie begründet als Anpassung an die Einwirkungen der Außenwelt; ihr gegenüber tritt das eigene Ich mit zunehmender Rücksichtslosigkeit in den Vordergrund. — Solche Kranke empfinden es als schwerstes Unrecht, wenn man an ihrer geistigen Gesundheit auch nur die leisesten Zweifel hegt; sie weisen sie mit Entrüstung zurück. Unzugänglich bleiben sie auch für die vorsichtigsten Versuche einer Aufklärung oder Belehrung; der schlagendsten Widerlegung ihrer Ansichten begegnen sie mit immer neuen, oft recht gesuchten Begründungen, und je weniger sie damit durchzudringen vermögen, desto mehr geraten sie in Erregung. Denn Hand in Hand mit den erwähnten Störungen steigert sich auch die gemütliche Reizbarkeit; verschiedenerlei Verstimmungen setzen sich fest, und aus ihnen heraus entspringen rascher und unvermittelter als sonst Willensentschließungen, wie sie niemand bisher dem Betreffenden zugetraut hätte; überraschend können durch unscheinbare Anlässe Gewalttaten gegen die eigene Person oder gegen Dritte ausgelöst werden. Indem der hemmende Einfluß vernünftiger Überlegung ausgeschaltet wird, gestaltet sich die Handlungsweise explosiv und triebartig. In anderen Fällen bereitet sich unter der Herrschaft wahnhafter Vorstellungsreihen in aller Stille ein planmäßiges Handeln vor, das mit unheimlicher Sicherheit seinen bedenklichen Zielen zustreben kann.

Bei der allgemein verbreiteten Anschauung von dem kränkenden Charakter aller Zweifel an der geistigen Gesundheit und bei der nicht ungerechtfertigten Scheu vor der vermehrten Empfindlichkeit der meisten geistig Gestörten erscheint es begreiflich, daß man zu ihnen nur sehr ungern ein offenes Wort über ihre Erkrankung zu sprechen pflegt. Mitleid und Angst vereinigen sich besonders bei den nächsten Angehörigen, um nach Mitteln und Wegen zu trachten, wie der heikle Punkt etwa umgangen werden könnte; bald werden die irrigen Anschauungen des Kranken bestätigt und gehegt, bald sucht man sie ihnen durch allerlei listige Vorspiegelungen zu benehmen — trotz bester Absicht beides meist nur mit gegenteiligem Erfolg.

Die ärztliche Behandlung der Geisteskranken hat mit solchen Künsteleien längst aufgeräumt in der Erkenntnis, daß man auch Geisteskrank-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gegenüber mit der Offenheit weitaus am besten fährt. Sie muß nur mit angemessener Vorsicht und Rücksicht gehandhabt werden, eine dem Zustand des Kranken entsprechende Form zu wählen wissen. Um sie zu finden, ist es erforderlich, daß man jeden Kranken in seinem Fühlen und Denken, nach seinen Bestrebungen und seiner ganzen Eigenart verstehen lernt. Nur dann kann man es vermeiden, ihn mißtrauisch zu machen und zu erregen. Weiß man ihn bei seinen Interessen aus gesunden Tagen zu fassen und ihn von der krankhaften Richtung seines Vorstellungslebens einigermaßen abzulenken, kommt man ihm persönlich näher, so wird man bei ihm, sobald die Erregbarkeit etwas zurücktritt, auch einiges Gehör finden für Aufklärungen weniger erfreulichen Inhalts. Um dies zu erreichen, muß dem Kranken erst die Absicht wohlwollender Fürsorge zur Empfindung gekommen sein.

Beruht jede irrenärztliche Behandlung auf solcher Fürsorge, so muß sie bekanntlich in den meisten Fällen gegen den Willen der Erkrankten selbst eingeleitet werden; in der Regel ist sie nur zu ermöglichen durch einen Eingriff in persönliche Freiheitsrechte. Dem entspricht es, daß auch zur Aufnahme in die Heilanstalt Beweiserhebungen über das Vorliegen einer Geisteskrankheit vorgeschrieben sind. Doch handelt es sich dabei um kein prozessuales Verfahren, und es ist darum auch eine förmliche Mitteilung des Ergebnisses an den Kranken selbst nicht erforderlich, solange es sich wenigstens nicht um seine sicherheitspolizeiliche Einweisung gegen den Widerspruch seiner Angehörigen handelt, ein Fall, auf den nachher noch zurückzukommen sein wird.

W o h l w o l l e n d e B e r ü c k s i c h t i g u n g u n d g e b ü h r e n d e n S c h u t z haben auch die Ausnahmebestimmungen im Auge, die in den R e c h t s g e s e t z e n für Geisteskranke getroffen sind. In der Regel gelangen sie jedoch zur Anwendung in einem Verfahren g e g e n die Person des Kranken. Auch wo dies nicht zutrifft, wie bei Entscheidungen über die Zeugnis- und Eidesfähigkeit, bleibt wenigstens der Eindruck einer Zurücksetzung der Person. Schon um dieser äußeren Form willen unterliegt die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen über Geisteskranke noch mehr einer Mißdeutung durch dieselben, als die unerbetene ärztliche Hilfe. Dazu kommt, daß, wenn auch einzelne Gesetzesbestimmungen eine nicht unwillkommene Entlastung gewärtigen lassen, auf der anderen Seite desto unliebsamere weitere Folgen in Sicht gelangen.

Bevor jemand ausgeschaltet wird aus der allgemeinen Rechtsordnung, hat er daher zu b e a n s p r u c h e n , daß der Nachweis seiner Erkrankung einwandfrei erbracht werde; jeder dafür noch einigermaßen Empfängliche muß verlangen können, daß ihm ausreichende Kenntnis gegeben werde von den gegen seine geistige Gesundheit erhobenen Einwänden, damit er in der Lage sei, seinen Standpunkt ausreichend zu wahren. Im mündlichen Verfahren wird ihm das Recht zuzubilligen sein, den Beweiserhebungen anzuwohnen, der Inhalt der schriftlichen Ermittlungen wird ihm nicht vorenthalten bleiben dürfen. Bei Kranken mit offenkundiger geistiger


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung und ohne Verständnis für das Verfahren eine wertlose Formalität, kann dieses Recht für andere von größter Bedeutung sein, wenn sie in ihrem Mißtrauen und ihrer Gereiztheit gegen einzelne Personen und die gesamte Rechtsordnung nicht noch bestärkt, in ihrem Zustande also nachteilig beeinflußt werden sollen.

Für nicht wenige Kranken kann ein solches Recht aber auch zur recht lästigen Pflicht, ja von schwerem Nachteil werden. Erfordert doch die zuverlässige Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände ein sorgfältiges Eingehen auf die gesamte Persönlichkeit nach ihrer Abstammung und Veranlagung, nach ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung, ihrer Lebensführung und ihren Lebensschicksalen. Ihre Art zu empfinden und zu denken, ihr Wollen und Vollbringen muß in öffentlicher Verhandlung durch Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen zergliedert und eingeschätzt werden; der ganze innere Mensch wird nach außen zur Schau gestellt, wie es auch der offensten und unbefangensten Natur kaum je erwünscht sein kann, wie es zur Qual werden muß für mehr in sich gekehrte Individualitäten, für solche mit gewissen Besonderheiten ihres Wesens, die man als intimste Privatangelegenheiten behandelt wissen möchte, oder gar für Personen mit unverkennbar krankhafter Veranlagung, deren Mißdeutung befürchtet werden muß. Handelt es sich gar um ausgesprochene Krankheitszustände besonders der vorhin etwas näher gekennzeichneten Art, bei denen in Ermangelung eigenen Krankheitsgefühls die Behauptung des verschobenen Standpunktes zur Lebensfrage und Ehrensache geworden ist, wobei in allen Zweifeln und Beweisen anderer nur persönliche Anfeindung und gehässige Verfolgung erblickt werden kann, so müssen die in ihrer Gegenwart vorgenommenen Beweiserhebungen wohl schmerzliche Eindrücke hervorrufen, wird sich daran nur allzu leicht eine mehr oder weniger heftige und nachhaltige Erregung anschließen. Sie wird ebenso leicht angefacht durch alles, was der Auffassung des Kranken zuwiderläuft, als durch das Eintreten anderer für dieselben. Auch an solchem fehlt es ja keineswegs trotz unverkennbarer Geisteskrankheit. Gibt es doch Leute genug selbst in den besten Kreisen, die sich auf Grund einer bisweilen recht oberflächlichen Kenntnis und ganz einseitiger Beurteilung von einzelnen Seiten des Geisteslebens einer Person für berechtigt halten, deren volle geistige Gesundheit zu behaupten, wo der gewissenhafte Fachmann der eingehendsten Untersuchung der gesamten Persönlichkeit bedarf, um bei ihr die Störungen aufzuzeigen, durch die sie als krank zu gelten hat und aus dem Rahmen voller sozialer und rechtlicher Geltung herausgedrängt wird. Bei der Schwierigkeit solcher Beurteilungen gehen bisweilen selbst die Ansichten der Sachverständigen auseinander, zumal, wenn es sich um Fälle aus den Grenzgebieten der geistigen Gesundheit und um Anwendung des ärztlichen Wissens auf Fragen handelt, die auf fremde Gebiete hinübergreifen. — Ein solcher Kampf um die eigene Geistesbeschaffenheit muß gemütliche Aufregungen mit sich bringen. Die eigene Gesundung sowohl wie die Sicherheit anderer, besonders


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der zur Beweiserhebung herangezogenen Personen kann dadurch leicht einmal ernstlich gefährdet werden.

Vom ärztlichen Standpunkt aus muß es daher als dringend wünschenswert bezeichnet werden, daß über die Anwesenheit bei Beweiserhebungen über den Geisteszustand von Fall zu Fall entschieden werden kann. In manchen Fällen droht der betreffenden Person von solchen Verhandlungen schwerer und dauernder Nachteil, während es unter Umständen ganz gut möglich ist, ihr vom Ergebnis der Beweisaufnahme gelegentlich und in einer der Individualität angepaßten Form alles für sie Wissenswerte und Notwendige mitzuteilen. In anderen dagegen ist umgekehrt bei jeder Abweichung von den vorgeschriebenen Formen eine die Krankheit mehr als den Kranken fördernde Rückwirkung zu befürchten. Welche von den entgegengesetzten Möglichkeiten die wahrscheinlichere ist, kann nur ein mit dem Kranken genügend vertrauter Arzt einigermaßen zutreffend bemessen.

Die zu gewärtigende Wirkung hängt dabei nicht nur von der Natur des vorliegenden Krankheitszustandes ab, sehr wesentlich auch vom Zwecke des gerichtlichen Verfahrens und von der Art und Weise, wie bei den Erhebungen vorgegangen wird. — Kommen doch dabei ernstlich in Betracht nur solche Kranke, bei denen von der geistigen Tätigkeit so viel erhalten geblieben ist, daß sie die Bedeutung des gerichtlichen Verfahrens zu erkennen vermögen, während sie die fürsorglichen Absichten bei der Beweiserhebung über ihre Geistesbeschaffenheit mehr oder weniger verkennen.

Eine wohlwollende Rücksichtnahme der Rechtsgesetze auf Geisteskranke tritt nirgends so deutlich zutage wie in dem Schutze, den ihnen § 51 des StGB. gewährt. Mag eine Handlung noch so sehr gegen die Rechtsordnung verstoßen, sie ist für das Strafrecht nicht vorhanden, wenn der Täter bei ihrer Begehung sich in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wird, wenn in dieser Hinsicht auch nur begründete Zweifel vorliegen. Um dieser entlastenden Wirkung ist man vielfach geneigt bei Angeschuldigten ein häufiges Streben zu absichtlicher Vortäuschung von geistigen Störungen anzunehmen. Ohne die Gefahr anderweitiger recht unerwünschter Folgen könnte dieser Zweck nur erhofft werden durch die Simulation von Krankheitserscheinungen, welche die begangene Rechtswidrigkeit nicht wesentlich überdauern. Eingehenden Beweiserhebungen auch in Gegenwart eines Angeklagten können dann ernstliche Bedenken vom ärztlichen Standpunkte nicht entgegengesetzt werden. Die fragliche Geisteskrankheit gehört dann ganz der Vergangenheit an; bei der Person, die sie überstanden hat, ist dann ein objektives Urteil darüber zu erwarten, wenn nicht etwa die Erinnerung für den betreffenden Zeitabschnitt ganz ausgefallen ist. Solche Erinnerungslücken beobachtet man mehr oder weniger vollständig in der Tat bei den kurzandauernden Bewußtseinsstörungen transitorischer Ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wirrtheit, bei Epilepsie und Hysterie, wie auch nach toxischen Störungen, am häufigsten den alkoholischen. Zuzugeben ist, daß gerade sie verhältnismäßig leicht vorgetäuscht werden können, daß ihre Annahme und Beurteilung besondere Vorsicht erheischt. Nicht sowohl der Beweiserhebung in Gegenwart des Beteiligten, als etwaiger unzutreffender Beurteilung von erhaltenen inselförmigen Erinnerungen wird hier der ärztliche Sachverständige unter Umständen entgegenzutreten haben. Zu warnen hat er aber auch davor, daß nicht solche Beweiserhebungen in Gegenwart des Angeklagten sich zu einer förmlichen Schilderung der Simulation gestalten bei psychopathisch Degenerierten, die hier besonders in Betracht kommen. Wird das Für und Wider Gegenstand eingehender Erörterungen zwischen Anklage und Verteidigung, und muß der Sachverständige allzu deutlich die Punkte auseinandersetzen, auf die es ihm ankommt, so werden gelehrige „Kriminalstudenten" daraus mehr für ihre Zwecke entnehmen können, als durch ihre Studien auf eigene Faust während einer Einweisung zur Beobachtung gemäß § 81 der StPO. — Sittlich besser Veranlagte, die in mehr gelegentlicher Alkoholberauschung mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten waren, können andererseits kaum eine ernstere und wirksamere Mahnung erfahren, als sie ihnen durch eine solche Verhandlung zuteil wird.

Anderen, die etwa im Zustande akuter Geisteskrankheit zu rechtwidriger Handlungsweise gekommen waren und erst nach Ablauf der Erkrankung ein klares Bewußtsein des Geschehenen erlangt hatten, kann es eine namhafte Erleichterung gewähren, wenn in öffentlicher Verhandlung der krankhafte Charakter der Tat festgestellt und ihnen dadurch eine einwandfreie Entlastung zuteil wird. Ein freisprechendes Urteil ist dabei der Einstellung des Verfahrens weit vorzuziehen; um seinetwillen werden auch die peinlichen Seiten der Beweiserhebung willig getragen werden, ohne daß gesundheitliche Nachteile davon zu besorgen wären. Die freudige Genugtuung mancher so Entlasteten steht mir in lebhafter Erinnerung.

Dem stehen Fälle gegenüber, in denen eine Freisprechung auf Grund des § 51 des StGB. als bitteres Unrecht empfunden wird. Im gleichen Sinne muß natürlich die zu solchem Ergebnisse führende Beweiserhebung in Gegenwart eines solchen Angeklagten wirken. Handelt es sich dabei doch vorwiegend um Kranke mit querulierenden Neigungen. Jeglicher Krankheitseinsicht entbehrend, ja von einem besonderen Selbstgefühl beseelt, geraten sie über jede Anzweiflung ihrer geistigen Gesundheit und ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit in eine Erregung, die durch entsprechende Erhebungen in ihrer Anwesenheit nur neue Nahrung finden wird. War den Ergebnissen zunächst vielleicht noch mit überlegener Zuversicht entgegengesehen worden, so schwindet diese rasch bei Enttäuschung der gehegten Erwartungen. Unbestreitbare Tatsachen stellen sich für den Kranken in ganz anderem Lichte dar als für die unbefangene Beurteilung; behält letztere die Oberhand und führt die Verhandlung nur


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Bestätigung eines abnormen Zustandes, so kann man sich auf stürmische Ausbrüche des verhaltenen Affekts gefaßt machen, muß man mit den weitschweifigsten Gegenerklärungen, mit allerlei Ausfällen gegen Zeugen, Sachverständige und das Gericht rechnen. Durch die bestrittene Zurechnungsfähigkeit fühlt sich ein solcher Kranker nur beleidigt und entehrt, er kann darin nur einen böswilligen Versuch erblicken, den rechtmäßigen Nachweis seiner Schuldlosigkeit zu hintertreiben, ihn durch Untergrabung seiner Glaubwürdigkeit noch mehr zu schädigen. Wird ihm die geistige Gesundheit wiederholt in dieser Weise abgesprochen, so kann es zum vornehmsten Streben eines solchen Kranken werden, sich deren Anerkennung zu erkämpfen. Er scheut dann vor den auffälligsten Rechtswidrigkeiten nicht zurück, weil er eine Gerichtsverhandlung gegen sich herausfordern will. In ihr will er zur Kenntnis weiterer Kreise bringen, wie er bisher verfolgt, wie sein Recht mit Füßen getreten worden ist. — So ungünstig auf solche Kranke alle Beweiserhebungen in ihrer Gegenwart zu wirken pflegen, so werden sie auf solche gegebenenfalls kaum je verzichten wollen. Sie während der Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen etwa in Abstand verweisen zu wollen, würde ihr Mißtrauen nur steigern müssen. — Ärztliche Erwägungen können so, je nach Lage des Falles ebenso für, als gegen die Anwesenheit der Prozeßpartei bei Erhebungen über ihren Geisteszustand sprechen: sie müssen dafür eintreten lassen, wo sie als Recht gefordert, müssen einer Entbindung davon das Wort reden lassen, wo sie als lästige Pflicht empfunden wird.

War bisher vorzugsweise die geistige Beschaffenheit eines Angeklagten zur Zeit einer der Vergangenheit angehörigen Tat ins Auge gefaßt gewesen, so mußte doch fast durchweg auch der bei der Verhandlung gegenwärtige Zustand mit in Betracht gezogen werden. Letzterer kann auch für sich allein in Frage stehen, so besonders, wenn die Prozeßfähigkeit bestritten wird. — Für noch herrschende krankhafte Störungen irgendwelcher Art läßt sich eine objektive Beurteilung des darunter Leidenden natürlich kaum je erwarten. Für den Beweiswert auch der angemessensten Erhebungen wird er kaum je zugänglich sein Erregende Einflüsse davon sind fast mit Sicherheit in Aussicht zu nehmen. Trotzdem wird man dem Prozeßbeteiligten das Recht zur Anwesenheit bei den Beweiserhebungen um so weniger streitig machen dürfen, je weniger früher etwa Einwendungen gegen seine Geistesbeschaffenheit zu machen gewesen waren; ihm die Anwesenheit irgend zur Pflicht zu machen, wird man sich um so mehr zu hüten haben, je mehr Anzeichen einer Krankheit zur Rücksicht und zur Schonung mahnen.

Das eine wie das andere ist besonders nachdrücklich zu beherzigen, wenn sich aus der Gegenwart zugleich Ausblicke für die Zukunft eröffnen. — Wohl hat sich das Strafrecht nur zu befassen mit tatsächlich Vorgefallenem und mit seiner Ahndung. Kann aber ein Verstoß gegen die Rechtsgesetze seine Sühne nicht finden, weil er von einem geistig Unfreien begangen war, so müssen sich an die Einstellung des Verfahrens wie an


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Freisprechung im Interesse der Allgemeinheit notwendig Erwägungen darüber anschließen, ob und welche Maßregeln zur Verhütung etwaiger Wiederholungen angezeigt erscheinen. Auch vom psychiatrischen Standpunkte aus ist es nur zu begrüßen, daß der Täter alsbald Gegenstand ausreichender Fürsorge wird, wenn die Tat für das Strafrecht in Wegfall gekommen ist. Entsprechende Fragestellung tritt an den ärztlichen Sachverständigen nicht selten schon in der Verhandlung heran; bei ihrer Beantwortung in Gegenwart des Angeklagten hat er damit zu rechnen daß er mit Eröffnung unwillkommener Maßnahmen für die Zukunft eine heftige Erregung hervorruft. Zu der Mißachtung seines eigenen Standpunktes kommt für den Angeklagten die Brandmarkung als gemeingefährliches Individuum, er sieht sich jetzt unmittelbar bedroht von einer Freiheitsentziehung mit unabsehbarer Dauer. Die Pflicht verlangt dann vom Sachverständigen Äußerungen, die einer der wichtigsten ärztlichen Berufsaufgaben, alles zu vermeiden, was einem Kranken schaden könnte, schnurstracks zuwiderlaufen.

Die damit angeschnittene Frage der Fürsorge für nicht verantwortliche, aber der öffentlichen Sicherheit gefährliche Geisteskranke überschreitet wohl das Gebiet der Rechtspflege, nicht auch das der Beweiserhebungen nach den für das Strafrecht maßgeblichen Grundsätzen. Ohne solche sollen Eingriffe in die persönlichen Freiheitsrechte des Einzelnen und in das Bestimmungsrecht der nächsten Angehörigen nicht stattfinden. Erscheinen sie um der öffentlichen Sicherheit willen notwendig nicht nur gegen den Willen des Kranken, sondern auch gegen den Widerspruch der Verwandten, deren Zustimmung zur Aufnahme in eine Irrenanstalt satzungsgemäß verlangt werden muß, so werden eingehende Beweiserhebungen darüber notwendig, ob er als Geisteskranker anzusehen, für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig ist, oder ob er sich in einem Zustande der Pflegebedürftigkeit befindet, demzufolge er außerhalb einer Irrenanstalt verwahrlost oder gefährdet würde. Orts- und Bezirksbehörden haben sich hierüber zu äußern, es kann die persönliche Vernehmung des Einzuweisenden unter Zuziehung der zuständigen Medizinalbeamten angeordnet werden. Die Beweisaufnahme hat also teilweise wenigstens in Gegenwart des Einzuweisenden stattzufinden; ihr Ergebnis wird er wohl immer im einzelnen erfahren, da die getroffene Entscheidung mit eingehender Begründung jedenfalls den widersprechenden Angehörigen, wenn tunlich, auch ihm selbst in beglaubigter Abschrift zugestellt werden muß. Die Rechtmäßigkeit eines solchen Einweisungsbeschlusses wird ein Geisteskranker kaum je anzuerkennen vermögen. Um so mehr wird er erregt werden durch genauen Einblick in die Äußerungen von Zeugen und Sachverständigen, auf die sich die Entscheidung vorzugsweise stützt. Von seinem Standpunkte kann er nicht anders, als diese Personen für gefährliche Gegner anzusehen. Gegen sie wird er Rache brüten; hat er doch jetzt keinerlei Rücksichten mehr zu nehmen. Ist er schon einmal als gemeingefährlicher



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geisteskranker gekennzeichnet, so will er sich vielleicht als solchen auch noch möglichst zeigen, bevor er in der Irrenanstalt verschwindet.

Wie die sicherheitspolizeilichen Maßnahmen, so hat auch die im bürgerlichen Rechte Geisteskranken gegenüber vorgesehene Entmündigung wesentlich fürsorgliche Absichten. Entscheidend für sie sind darum auch nicht sowohl die bisher beobachteten Krankheitserscheinungen, als vielmehr der gegenwärtige Zustand des zu Entmündigenden und Befürchtungen. die daraus für die Zukunft abzuleiten sind. Die Beweiserhebungsn können sich darum nicht auf Tatsachen beschränken, sie müssen ein Urteil über gegenwärtige Verhältnisse und Schlußfolgerungen auf die künftige Handlungsweise eines Menschen mit in ihren Bereich ziehen. Mögen diese sich noch so sehr anlehnen an gesicherte Erfahrungen, so bleiben sie doch unter allen Umständen weit anfechtbarer als abgeschlossene Tatsachen, besonders auch vom Standpunkte eines Prozeßbeteiligten mit nicht einwandfreier Geistesbeschaffenheit. Ihrer sich zu erwehren, nicht etwa nur mit rechtmäßigen Mitteln, muß ihm um so näher liegen, als ihm die Feststellung eines krankhaften Geisteszustandes im Entmündigungsverfahren nicht nur keinerlei Vorteile, sondern die Aberkennung oder wenigstens Einschränkung wertvoller Rechte in Aussicht stellt. Verliert er dadurch doch, wie der volkstümliche Ausdruck lautet, alle Geltung, ein Eingriff, durch den jeder noch einigermaßen dafür Empfängliche den schwersten Stoß in seinem Selbstgefühl erleiden muß. Auch ist allgemein bekannt, daß eine Wiederaufhebung der Entmündigung nicht so leicht zu erreichen ist. Die Aussichten für die künftige Gestaltung der Geschicke sind also bedenklich genug, um die Zeitigung von verzweifelten Entschlüssen sehr wohl begreiflich erscheinen zu lassen.

Vom Standpunkte der praktischen Irrenfürsorge aus war es sehr dankbar zu begrüßen, daß durch das BGB. verschiedene Formen der Verbeistandung für die durch geistige Störungen an der Besorgung ihrer Geschäfte verhinderten Personen geschaffen worden sind. Besonders wertvoll ist, daß durch die Anordnung einer Pflegschaft nach § 1910 in geeigneten Fällen der Fortgang der Geschäfte gesichert werden kann auch ohne ein Entmündigungsverfahren mit den dabei unerläßlichen Beweiserhebungen. Aller etwaige Nachteil von solchen fällt so weg in Fällen, wo er ganz außer Verhältnis stünde zu der Geringfügigkeit und Einfachheit der zu erledigenden Rechtsgeschäfte, sowie bei fehlendem Widerspruch gegen deren pflegschaftliche Besorgung. So können ohne irgendwelchen rechtlichen Nachteil besonders auch heilbaren Kranken Dinge erspart werden, die leicht störend in den Genesungsverlauf hätten eingreifen können. Der Entmündigung vorbehalten bleiben neben Fällen, die von solchen äußeren Vorgängen nur wenig berührt werden, immer noch gar manche, bei denen die erforderlichen Beweiserhebungen über den Geisteszustand ungünstige Rückwirkungen auf diesen in hohem Maße befürchten lassen müssen. Es trifft dies wiederum zu bei Krankheitsformen mit teilweise erhaltenen, aber mehr oder weniger veränderten Lebensinteressen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei fehlender Krankheitseinsicht und empfindlichem Selbstgefühl, das sich gegen die drohende Einbuße an eigener Geltung gar mächtig aufbäumt.

Sind Entmündigungen seit der Einführung des BGB. vielleicht etwas seltener geworden, so wird nach meinen Erfahrungen im Verfahren neuerdings nachdrücklicher als früher auf der persönlichen Vernehmung durch den Richter bestanden. Ich habe nicht den Eindruck gewinnen können, daß daraus den Entmündigten besondere gesundheitliche Nachteile erwachsen wären, es sei denn durch die Enttäuschung mancher Kranker in ihren Erwartungen. Für die anderweitigen Beweiserhebungen, insbesondere auch bei der ärztlichen Begutachtung, ist die Anwesenheit des zu Entmündigenden nicht vorgeschrieben. Vom ganzen Ergebnisse der Verhandlung braucht er unmittelbar nichts zu erfahren. Kommt es zur Entmündigung wegen Geistes*krankheit*, so wird ihm nicht einmal der betreffende Gerichtsbeschluß zugestellt. Müssen ihm nach Lage der Verhältnisse die Geschäfte nicht geradezu aus der Hand genommen werden, was bei Kranken, die in Anstaltspflege stehen, in Wirklichkeit meist schon längst erfolgt war, so wird er es vielleicht nur ganz gelegentlich inne, daß er unter Vormundschaft gestellt worden ist. — Zu der beschränkten Geschäftsfähigkeit der wegen Geistes*schwäche* Entmündigten gehört es u. a., daß ihnen der betreffende Gerichtsbeschluß zuzustellen ist. Recht unliebsame Wirkungen solcher Zustellungen hat man von irrenärztlicher Seite schon wiederholt zu beklagen gehabt. Der teilweise erhaltenen Geschäftsfähigkeit entspricht eben auch die erhaltene Empfindlichkeit für die verminderte Geltung und für die hierzu erhobenen Beweise.

Noch entschiedener macht diese sich geltend, wenn ein vom Entmündigungsbeschluß Betroffener diesen *anficht*, wenn er dessen *Wiederaufhebung* beantragt oder auf dem Wege der Klage betreibt. Die Prozeßlage ändert sich für ihn dadurch wesentlich; denn jetzt ist er an den Beweiserhebungen besonders interessiert. Williger wird er sich allen damit verbundenen Unannehmlichkeiten unterziehen, entschiedener wird er aber auch den Anspruch erheben, von allen ihren Ergebnissen Kenntnis zu erhalten, den Vernehmungen vielleicht auch persönlich anzuwohnen. Lauten sie ihm ungünstig, so wird ein solcher Kranker in seinem ganzen Empfinden recht schwer betroffen werden; über dem Zusammenbruch seiner Hoffnungen kann die Erregung sich aufs äußerste steigern. Besonders leidig kann sich dies geltend machen bei periodischen Geistesstörungen. Taucht in ihren freien Zwischenzeiten ein anscheinend wohlberechtigter Wunsch auf nach Wiedererlangung der anläßlich eines früheren Krankheitsanfalls aberkannten Geschäftsfähigkeit, und bestimmt der befriedigende gegenwärtige Zustand Zeugen und Gericht vielleicht zu entschiedenem Entgegenkommen, so wird der erfahrene Arzt nicht selten genötigt sein, recht ernste Bedenken dagegen geltend zu machen auf Grund seiner Kenntnis des zu Wiederholungen neigenden Krankheitsverlaufs. Tritt nach längerer Zeit einwandfreien Verhaltens der Wunsch nach


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wiedereinsetzung in die bürgerlichen Rechte lebhaft hervor, so kann dies wohl eine durchaus berechtigte Regung, aber auch schon das erste Anzeichen einer wiedererwachenden krankhaften Steigerung des Selbstgefühls sein. Mahnt dann bei der Beweisaufnahme der Arzt zu besonderer Vorsicht und weiterem Zuwarten, so tritt er in Gegensatz nicht nur zum Entmündigten, sondern auch vielleicht zur Mehrzahl der Zeugen. Er kann dadurch unter Umständen genötigt werden, deutlicher als er es einem Patienten gegenüber wohl möchte, die drohende Gefahr der Wiedererkrankung zum Ausdruck zu bringen und, indem er anscheinend wohlberechtigten Hoffnungen entgegentritt, Gemütsbewegungen hervorzurufen, durch die geradezu beschleunigt wird, was er verhüten wollte. Nicht nur in den Augen eines aufs neue erregt Gewordenen, auch in denen Anderer trifft dann den Arzt vorzugsweise die Schuld an dem wiederholten Krankheitsausbruch, so sehr er darauf hingewiesen haben mag, daß ein solcher in der Natur der Erkrankung selbst gelegen sei. — Auch bei anderen Krankheitsformen mit remittierendem Verlaufe kann ein vergebliches Anfechtungs- und Wiederaufhebungsverfahren mit den erforderlichen Beweiserhebungen in ähnlicher Weise Verschlimmerungen im Zustande des Patienten nach sich ziehen.

Sind es die ungünstigen Zukunftsaussichten, durch die das Befinden unserer Kranken besonders bedroht erscheint, so könnte man glauben, müßte es von Ehescheidungen wegen Geisteskrankheit am meisten gefährdet werden. Muß hier doch die Beweiserhebung sich besonders auch darauf erstrecken, daß bei dem Zustande des Kranken jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten geschwunden sei, gewiß eine der traurigsten Perspektiven, die der Arzt zu eröffnen hat. Sie ist aber gebunden an die weitere nicht weniger trostlose Voraussetzung, daß das Leiden eben jenen Grad erreicht hat, durch den die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben wird. Ein solcher Zustand begreift soviel Gleichgiltigkeit gegen Inhalt und Formen des Prozesses in sich, daß der Kranke auch von der ungünstigen Prognose so gut wie unberührt bleiben muß. So ist denn auch nicht einmal die persönliche Beteiligung des kranken Ehegatten am Prozesse erforderlich. Würde sie je verlangt, so müßte eine lebhaftere Erregung durch denselben gegen die Ehescheidung sprechen; ist sie durchführbar, so kann sie dem Kranken weiteren gesundheitlichen Nachteil nicht wohl mehr bringen.

Zu Beweiserhebungen über krankhafte Geisteszustände, die der Vergangenheit angehören, dürfte das bürgerliche Recht nicht allzu häufig Anlaß geben. Wo sie in Frage kommen, wie z. B. bei Anfechtung abgeschlossener Rechtsgeschäfte, werden sie meist im materiellen Interesse der Kranken selbst liegen und schon darum besondere erregende Wirkungen kaum befürchten lassen müssen. —

Wiederholt war als eine besonders zu beachtende Eigenschaft von Personen mit nicht einwandfreier geistiger Verfassung ihre gesteigerte



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Erregbarkeit zu nennen gewesen. Wo sie vorhanden ist, versteht es sich fast von selbst, daß die Wirkung etwaiger Beweiserhebungen auf die betreffenden Personen sehr wesentlich mit bestimmt wird durch die Form, in der sie vorgenommen werden. Wo immer zweifelhafte Geisteszustände in Frage kommen, ist der Verhandlungston vorsichtig zu wählen unter Anpassung nicht nur an die allgemeinen Regeln für den Verkehr mit Geisteskranken, sondern auch an die Eigenart der einzelnen Persönlichkeit. Je mehr man diese zu erfassen und zu nehmen weiß, je mehr man es versteht, ihr Zutrauen zu gewinnen, desto besser wird man es vermeiden ihr zu schaden auch durch Erörterung von peinlichen Verhältnissen und Vorkommnissen. Näher kann hierauf heute so wenig eingegangen werden als etwa auf die verschiedenen Formen von geistiger Störung in ihrem Verhalten zur richterlichen Wahrheitsforschung. Nur zwei Punkte dürften noch ausdrücklich zu erwähnen sein.

Ärztliche Begutachtungen des Geisteszustandes von gegenwärtigen Personen müssen sich unbeschadet ihrer sachlichen Vollständigkeit eine gewisse Zurückhaltung auferlegen; sie sollen namentlich über die Beantwortung der im vorliegenden Verfahren zu entscheidenden Fragen ohne zwingenden Grund nicht hinausgehen. Insbesondere sollen ungünstige Prognosen im Gutachten nur dann ausgesprochen werden, wenn sie von entscheidender Bedeutung sind für eine zur Verhandlung stehende Frage. Auch dann halte man sich gegenwärtig, daß alle Vorhersagen für die Zukunft nicht frei sind von subjektivem Einschlag, daß sie tatsächlichen Feststellungen an Zuverlässigkeit kaum je gleich kommen können. Dem trage man Rechnung auch in der Wahl der Worte, die Rücksicht nehmen müssen auf die Anwesenheit der zu begutachtenden Person.

Einigermaßen erschwert werden diese Forderungen durch gewisse theoretische Bestrebungen der heutigen klinischen Psychiatrie. In der Absicht, der Einteilung und Benennung von Krankheitsformen nicht etwa nur wechselnde Zustandsbilder, sondern alle ihre klinischen Merkmale zugrunde zu legen unter besonderer Bewertung der Endzustände, ist der Prognose die Vorherrschaft zugefallen schon bei der Wahl der Krankheitsnamen. So gerne man nun auch zugeben mag, daß diese klinischen Bestrebungen sich aufbauen auf naturwissenschaftlicher Denkweise, so leidet deren Anwendung auf die Psychiatrie doch unter dem Umstande, daß zuverlässige Fingerzeige für die künftige Gestaltung von geistiger Erkrankung nur aus Erscheinungen von ungünstiger Vorbedeutung entnommen werden können, ohne daß doch manche dieser Erscheinungen notwendig von einem schlimmen Ausgang gefolgt sein müßten. Positive Kennzeichen der zu erhoffenden Genesung gibt es im Beginn und auf der Höhe der Krankheit kaum. Der klinische Beobachter wird so mehr durch die Vorboten des geistigen Verfalls eingenommen. Allzu schwarzseherisch klingen schon gewisse neuere Krankheitsnamen besonders bei wörtlicher Übersetzung ins Deutsche. Ich könnte Beispiele dafür anführen, daß


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schon eine solche Krankheitsbezeichnung auf die eigene Person angewandt geradezu niederschmetternde Wirkungen ausgeübt hat. In Gegenwart ihrer Patienten hüten sich denn auch die Ärzte sorgfältig davor, Krankheitsnamen zu gebrauchen, deren unheilvolle Bedeutung allgemeiner bekannt ist. Auch in gerichtlicher Verhandlung muß sich das gegebenenfalls ermöglichen lassen, ohne daß die Zwecke der Begutachtung darunter zu leiden brauchten.

Ähnliche Rücksichten sind für alle Beweiserhebungen beim richterlichen Verfahren zu fordern. Bei aller Sachlichkeit der Ermittlungen kann doch der Erfahrung Rechnung getragen werden, daß man bei Personen von nicht einwandfreier geistiger Beschaffenheit mit einem der Persönlichkeit angepaßten Verkehrston mehr zu erreichen pflegt, als durch strenge Einhaltung von vorgeschriebenen Formen. Entkleidet man die Beweiserhebungen von solchen und beachtet man auf Schritt und Tritt die Individualitäten, so wird es nicht allzu schwer fallen, reizbare Naturen gebührend zu schonen und zugleich den Zweck des Verfahrens weit mehr zu fördern, als wenn man durch seine Hervorkehrung sie in etwaigem Widerstreben noch bestärkt. — Ganz besonders sind solche Rücksichten den Vertretern von Prozeßparteien zu empfehlen, die sich in kontradiktorischem Verfahren gegenüberstehen. Bildet hier der Geisteszustand eines Prozeßbeteiligten den strittigen Punkt, so mag über dem Eifer um die Sache leicht einmal die Schonung vergessen werden, die man einer Person mit zweifelhafter geistiger Gesundheit stets angedeihen lassen sollte.

Die persönliche Anwesenheit des betreffenden wird immerhin im mündlichen Verfahren eine solche Rücksicht nie ganz aus dem Auge verlieren lassen. In schriftlichen Begründungen von Klagen und Widerklagen, von Begutachtungen und Urteilen wird dagegen die Person des Prozeßbeteiligten weit mehr zurücktreten müssen hinter den Ausführungen zur Sache. Rücksichtsloser und schärfer wird darin hervorgehoben werden, was für den Gang des Verfahrens entscheidende Bedeutung erlangen kann. Die eigenen Ausführungen werden hier vielfach begründet werden durch wörtliche Anführungen aus den Zeugenaussagen oder Sachverständigengutachten, die nicht in Gegenwart der betreffenden Person erhoben, auch ohne Rücksicht auf sie nur für das Gericht berechnet gewesen waren. Die dabei gewählte Ausdrucksweise vermeidet darum weniger, was etwa verletzend oder erregend wirken könnte, sie kann selbst zu mündlichen Äußerungen in scheinbaren Widerspruch treten, der dann vielleicht weiter ausgeschlachtet werden wird. Es braucht wohl kaum näher ausgeführt zu werden, wie dadurch fast noch unangenehmere Wirkungen hervorgerufen werden können, als durch die persönliche Anwesenheit in mündlicher Verhandlung bei Beweiserhebungen über den Geisteszustand. Was aus schriftlichen Beweiserhebungen den Prozeßbeteiligten von Rechts wegen nicht vorenthalten werden darf, das sollte wenigstens zuvor einer Prüfung darauf unterzogen werden können, inwieweit sein

Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wortlaut wiederzugeben ist, ob nicht eine Mitteilung dem Sinne nach zulässig erscheint.

Mit diesen Winken für Ärzte und Juristen bin ich am Schlusse meiner Ausführungen angelangt. Ich fasse sie kurz noch einmal dahin zusammen, daß bei genügender Berücksichtigung ihrer Eigenart auch Personen mit zweifelhafter oder unverkennbar krankhafter Geistesbeschaffenheit das Recht auf Anwesenheit in der Verhandlung bei Beweiserhebung über ihren Geisteszustand in der Regel gewahrt werden kann ohne ernstliche gesundheitliche Gefährdung, ja daß manchen derselben durch eine Verweigerung dieses Rechts eher gesundheitlicher Nachteil drohen würde. Kommt durch eine etwaige Erregung des Betreffenden über das Ergebnis der Beweisaufnahme eine Gefährdung dritter Personen in Betracht, so sind Fürsorgemaßregeln vorzusehen, die sich an die Verhandlung unmittelbar anschließen können. Eine jenem Recht entsprechende Pflicht kann nur ausnahmsweise verlangt werden; geschieht dies, so muß neben der sachlichen Gerechtigkeit in der Form die menschliche Teilnahme für die schwachen Seiten der betreffenden Person gebührend zur Geltung kommen. Wo Recht und Pflicht zur Anwesenheit zu irgendwelchen Bedenken Anlaß geben, erscheint die vorherige Anhörung eines kundigen Arztes geboten. —

Juristischer Referent Prof. Dr. *Ernst Beling*-Tübingen [1]): Auf den hier zur Erörterung stehenden Verhandlungsgegenstand wurde ich aufmerksam gemacht durch einen Rechtsfall, von dem vor einer Reihe von

[1]) Die nachstehenden Ausführungen geben, wiewohl erst nachträglich zu Papier gebracht, den Inhalt des Vortrags sinngemäß wieder, den der Verf. im Anschluß an den Vortrag des Herrn Medizinalrats Dr. *Kreuser* vor der Versammlung von Juristen und Ärzten am 16. Mai 1909 in Stuttgart gehalten hat. Einige wenige Anmerkungen sind hier hinzugefügt, gelegentlich ist auch der Text etwas erweitert. Zur Zeit des Vortrags war dem Verf. noch nicht bekannt geworden, daß der Bundesratsentwurf einer StPO. eine Bestimmung enthält, die in das Thema einschlägt. Die erste Mitteilung hiervon erhielt der Verf. in der sich an den Vortrag anschließenden Diskussion durch Herrn Ministerialdirektor *v. Zindel*. Da jedoch der Gegenstand bisher literarisch noch gar nicht bearbeitet worden ist, auch die Bestimmung des Entwurfes, wiewohl im wesentlichen ganz in der Richtung der Vorschläge des Verf. liegend, doch noch zu etlichen Bemerkungen Anlaß gibt, so ist hier der Inhalt des Vortrags unverändert wiedergegeben, und dieser nur durch einen Nachtrag ergänzt, der sich auf den neu vorgeschlagenen § 236 der StPO. bezieht.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monaten die Zeitungen berichteten[1]). Die durch diesen Fall nahegelegte Auffassung, daß die Anwesenheit einer Zivilprozeßpartei oder des Beschuldigten (Angeschuldigten, Angeklagten) im Strafprozeß bei einer Beweiserhebung über ihren Geisteszustand einen heiklen Punkt darstelle und unerwünschte Folgen nach sich ziehen könne, daß also dringend Vorsicht geboten sei, hat durch die eingehenden Darlegungen des Herrn Medizinalrats Dr. *Kreuser* eine vollkommene Bestätigung erfahren. Ist dem aber so, so ist es die Aufgabe des Juristen, einmal sorgfältig zu prüfen, ob das geltende Prozeßrecht dazu zwingt, Härten in den Kauf zu nehmen, und sodann, wenn dies der Fall, ob nicht durch die Gesetzgebung Remedur geschaffen werden könnte und sollte.

Ich begrenze dabei das Thema in dem in der Überschrift fixierten Sinne. Die psychiatrischen Bedenken greifen freilich weiter; sie betonen, daß schon die bloße Anzweifelung der geistigen Gesundheit schädlich sein kann. In das Juristische übersetzt liegt nun eine Anzweifelung schon einmal in der bloßen Behauptung eines Prozeßbeteiligten, daß die Partei geistig nicht intakt sei, sodann aber auch in der gerichtlichen Anordnung einer Beweisaufnahme als solchen. Aber gegen solche prozessualen Vor-

---

[1]) Der Bericht der „Täglichen Rundschau" über den Fall lautete: „Eine Lücke in der StPO., die schon aus rein menschlichen Rücksichten bei der bevorstehenden Strafprozeßreform ausgefüllt werden sollte, stellte sich in einer Verhandlung heraus, die unter Vorsitz des Landgerichtsdirektors *Splettstößer* die 7. Strafkammer des Landgerichts I beschäftigte. Unter der Anklage des Warenbetruges standen die Kaufleute Rudolf P. und Hans H. vor dem Strafrichter. Beide hatten als Inhaber eines Buttergeschäfts bei verschiedenen auswärtigen Lieferanten Butter bestellt und sollten sich bei diesen Bestellungen betrügerischer Vorspiegelungen bedient haben. Auf Antrag des Verteidigers war der Hausarzt des Angeklagten P. geladen worden, der sich über dessen Geisteszustand gutachtlich äußern sollte. Der Sachverständige, Dr. *Scholinus*, erklärte sich bereit, sein Gutachten abzugeben, sprach aber die dringende Bitte aus, den Angeklagten unterdessen aus dem Saale zu entfernen. Er sei genötigt, in seinem Gutachten eine Gehirnkrankheit des P. näher zu erörtern, und könne dies nur in Abwesenheit des Angeklagten tun, da dieser, wenn er Kenntnis von seinem Leiden erhalte, den ganzen Lebensmut verlieren würde, und die Krankheit selbst in der unheilvollsten Weise beeinflußt werden würde. Er könne es mit seinem Gewissen als Arzt nicht vereinbaren, einem Kranken sein nahes Ableben mitzuteilen. Der Vertreter der Anklagebehörde erklärte, daß es nach einer Entscheidung des Reichsgerichts unzulässig sei, einen Sachverständigen ganz oder teilweise in Abwesenheit eines Angeklagten zu verhören. Rechtsanwalt Dr. Werthauer schlug vor, den Sachverständigen, soweit es sich um jenen kritischen Punkt handle, als Zeugen zu verhören, da nach der StPO. während der Vernehmung eines Zeugen der Angeklagte


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gänge ist wohl kein juristisches Kraut gewachsen. Die Anführung, daß die Partei nicht geistig normal sei, läßt sich zwar dann abschneiden, wenn diese angebliche Tatsache irrelevant im Prozeß ist; ist sie aber erheblich, so muß sie auch zur Sprache gebracht werden können, denn dazu ist der Prozeß ja da. Und ist sie erheblich, so muß eben das Gericht auch notwendig in eine Beweiserhebung darüber eintreten. An sich denkbar wäre wohl ein Beweisverbot, das den Richter anwiese, die Tatsache unerforscht, also dahingestellt zu lassen und im Urteil ohne sie auszukommen. Gerade im gegenwärtigen Zeitpunkt drängt die öffentliche Meinung nach einem Schutze der Interna des Privatlebens durch Aufstellung eines prozessualen Forschungsverbots im Prozeß wegen übler Nachrede; da nach den Darlegungen von Dr. *Kreuser* gerade die Beweiserhebung über den Geisteszustand mehr oder weniger zu einer Offenlegung des Privatlebens nötigt, so könnte die Frage aufgeworfen werden, ob nicht der Satz „La vie privée doit être murée“ speziell im Hinblick auf die Beweiserhebung über psychische Krankheit seine ganz besondere Berechtigung (und zwar für Prozesse aller Art) hätte. Allein die Frage aufwerfen, heißt auch wohl schon sie verneinen. Würde doch jedes derartige Beweisverbot fast unaus-

---

abgeführt werden könne. Aber auch diese Maßregel sei in dem vorliegenden Falle zwecklos, da nach derselben Bestimmung der StPO. dem Angeklagten nach seinem Wiedereintritt in die Verhandlung der gesamte Inhalt der Zeugenaussage mitgeteilt werden müsse. Der Sachverständige bat nunmehr, den fraglichen Teil seines Gutachtens in französischer Sprache zur Kenntnis des Gerichts bringen zu dürfen. Der Vorsitzende erkannte an, daß dieser Vorschlag sehr dankenswert sei. Aber auch ihm stehe die StPO. entgegen. Die Landessprache sei die deutsche, und sobald eine fremde Sprache benutzt werde, müsse ein Dolmetscher hinzugezogen werden; die Übersetzung müsse aber auch dem Angeklagten mitgeteilt werden. Rechtsanwalt Dr. Werthauer erklärte, daß der vorliegende Fall sehr bedauerlich sei, denn wenn es sich um eine Krankheit handele, die in einer bestimmt feststehenden Frist tödlich verlaufe, so könne die Mitteilung des Sachverständigen in Gegenwart des Angeklagten die furchtbarsten Folgen haben. Dies müsse aus rein menschlichen Rücksichten unter allen Umständen vermieden werden. Es scheine eine Lücke im Gesetz vorhanden zu sein, die leider nicht zu umgehen sei. Der Verteidiger machte schließlich noch den Vorschlag, die Krankheit des Angeklagten durch einen „terminus technicus“ in lateinischer Sprache dem Gericht bekannt zu geben. Der Vorsitzende erwidert auch hierauf, daß dieser Ausdruck dann dem Angeklagten ins Deutsche übertragen werden müsse. — Das Gericht kam schließlich nach längeren Verhandlungen mit den übrigen Prozeßbeteiligten zu einer Einigung, die dahin ging, daß zunächst, ohne den kritischen Punkt zu berühren, ein Gutachten eingeholt werden sollte. Der Angeklagte wurde deshalb auf die Dauer von 6 Wochen der Kgl. Charité überwiesen. Die Verhandlung wurde vertagt.“


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weichlich die Interessen des Gegners im Zivilprozeß, des Staates im Strafprozeß mehr schädigen, als auch weitgehende Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Partei, deren Geisteszustand das Beweisthema bildet, es rechtfertigen würde. Deshalb ist ein solches Beweisverbot bisher auch wohl noch von keiner Seite in Anregung gebracht worden.

Ich frage daher hier nur nach der Präsenz der Partei bei den — nun einmal nicht zu vermeidenden — Erhebungen über ihren Geisteszustand, also nach der „Parteiöffentlichkeit" (diese jedoch nicht bloß als Recht, sondern auch als Pflicht verstanden). Unter Beweisaufnahme soll die Heranziehung von Beweismitteln aller Art verstanden werden (also nicht bloß die Begutachtung durch Sachverständige, sondern auch Vernehmung von Zeugen über Krankheitssymptome, Verlesung von Briefen der Partei usw.).

Im Prozeß kann die Beweiserhebung über den Geisteszustand eine rechtlich sehr verschiedene Rolle spielen.

Es ist zunächst möglich, daß gegenwärtig bestehende Geisteskrankheit das prozessual zu erforschende Beweisthema bildet. Dabei wiederum ist zweierlei möglich:

Entweder die Geisteskrankheit figuriert lediglich als prozessual relevante Tatsache, insofern von ihr nur die prozeßrechtliche Situation, nicht der Inhalt des etwaigen Urteils zur Sache abhängt. So, wenn es sich im Strafprozeß nur darum handelt, zu wissen, ob der Angeklagte „verhandlungsfähig" ist, ob also überhaupt mit ihm eine Hauptverhandlung abgehalten werden kann. Ebenso, wenn es sich im Zivilprozeß darum handelt, ob die zur Verhandlung erschienene Partei oder die Partei, von der der zur Verhandlung erschienene Prozeßbevollmächtigte seine Vollmacht ableitet, prozeßfähig ist.

Oder die gegenwärtige Geisteskrankheit kommt als materiell-erhebliche Tatsache, von der der Inhalt des Urteils zur Sache abhängt, in Betracht. So im Entmündigungsanfechtungsprozeß, ebenso im Falle der Klage auf Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

Sodann aber kann es sein, daß die Feststellung nur einer in der Vergangenheit liegenden Geisteskrankheit gilt. Auch hierbei kann die Funktion solcher Feststellung wiederum verschieden sein.

Entweder hängen von ihr rein prozessuale Konsequenzen ab; so, wenn im Zivilprozeß die zur Verhandlung selbst erschienene oder durch einen Prozeßbevollmächtigten vertretene Partei jetzt unstreitig prozeßfähig oder umgekehrt die durch einen gesetzlichen Vertreter vertretene Partei jetzt unstreitig prozeßunfähig ist, und sich der Streit nur darum dreht, ob die von ihr ausgegangene Klage nicht durch Prozeßurteil abzuweisen sei, weil sie zur Zeit der Klageerhebung nicht prozeßfähig gewesen sei.

Oder die vormalige Geisteskrankheit kommt als materiell-erhebliche Tatsache in Betracht, so im Strafprozeß die Geisteskrankheit zur Zeit der Tat (§ 51 StGB.), im Zivilprozeß die Geisteskrankheit bei Abschluß des Rechtsgeschäfts, aus dem geklagt worden ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Hinblick auf die Möglichkeit eines indirekten (Indizien-)Beweises kann aber natürlich die Beweiserhebung über gegenwärtige Geisteskrankheit in eine solche über vergangene Geisteskrankheit übergehen und umgekehrt. Ob die Partei heute geisteskrank ist, wird sich häufig nur daraus erschließen lassen, daß vorherige Krankheit festgestellt wird; ob sie es früher war, häufig nur daraus, daß ihr gegenwärtiger Geisteszustand erforscht wird.

Außerdem kann auch noch die künftige Geisteskrankheit das Feststellungsthema bilden, wie im Falle des § 1569 BGB.

Bei allen derartigen Beweiserhebungen darf aber nicht unbeachtet bleiben, daß die Situation des Gerichts grundverschieden ist von der Situation, in der sich der Sachverständige in dem Augenblick befindet, in dem er sich anschickt, sein Gutachten zu erstatten. Während nämlich der Sachverständige in diesem Augenblick weiß, ob, und also im Bejahungsfalle, daß die Partei geisteskrank ist (bzw. war), weiß das das Gericht gerade nicht. Denn die Geisteskrankheit soll ja eben erst erforscht werden und ist bis zum Schlusse der Beweisaufnahme problematisch. Wir können deshalb nicht erwarten, Rechtssätze irgendwo zu finden, die da lauten:

> „Ein Geisteskranker darf oder muß oder darf nicht bei Beweiserhebung über seinen Geisteszustand dabei sein" (oder entsprechend für vergangene Geisteskrankheit formuliert).

Denn darin läge eine Antizipation des Beweisergebnisses. Rechtssätze solchen Inhalts wären natürlich auch de lege ferenda unmöglich. Voraussetzung für Statuierung von Präsenzrecht und -pflicht kann vielmehr nur das Beweisthema als solches, also die Richtung der Beweisaufnahme auf Feststellung von Geisteskrankheit, sein.

Im geltenden Recht stellt sich nun das Problem der Anwesenheit der Partei bei der Beweiserhebung sehr verschieden dar. Es sind fünf Gruppen von Fällen zu unterscheiden.

I. Zunächst gibt es Beweisaufnahmen, bei denen eine Anwesenheit der Partei überhaupt nicht in Frage kommt.

Dies ist im Zivilprozeß der Fall, wenn die Partei zurzeit des Beweisakts nicht prozeßfähig ist. Die nicht prozeßfähige Partei ist trotz § 357 ZPO. nicht befugt, einer Beweisaufnahme beizuwohnen [1]).

Überhaupt nicht präsenzberechtigt ist der Beschuldigte im Strafprozeß bei den Erhebungen im Vorverfahren, soweit es sich nicht um einen der unter 2 zu erwähnenden Ausnahmefälle handelt.

Für den Strafprozeß in seiner ganzen Ausdehnung muß aber weiter behauptet werden, daß es an einem Recht des Beschuldigten zur Anwesenheit bei solchen Erhebungen fehlt, die lediglich der Feststellung einer prozessual relevanten Tatsache, nicht einer den Inhalt des Urteils zur Sache bedingenden Tatsache, gelten. Für die Ermittelung

1) Reichsger. bei *Gruchot* **29** 1094; *Gaupp-Stein* zu § 357.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derartiger Tatsachen hat auch das Reichsgericht wiederholt den Satz aufgestellt, daß sie nicht den Rechtssätzen über „Beweisaufnahmen" im technischen Sinne unterstehen. Hier bildet nun die Feststellung des Geisteszustandes in der Tendenz der Ermittelung, ob der Angeklagte verhandlungsfähig ist, einen Hauptanwendungsfall. Diese Feststellung kann schon ihrem ganzen Wesen nach nicht in die Hauptverhandlung hineinfallen, da ja gerade von ihr die Zulässigkeit der Hauptverhandlung abhängt (wobei hier dahingestellt bleiben kann, ob Geisteskrankheit schlechthin Verhandlungsunfähigkeit bedingt [1]), oder ob Fälle von Verhandlungsfähigkeit trotz Geisteskrankheit denkbar sind [2])). Es kommt für solche Feststellung deshalb die „Parteiöffentlichkeit", wie sie für die „Beweisaufnahme" der Hauptverhandlung gilt, nicht in Frage. Vielmehr würde, wenn der Geisteszustand noch vor Eintritt in die Hauptverhandlung zweifelhaft würde, es Sache des Vorsitzenden sein, sich etwa unter vier Augen von einem Sachverständigen Auskunft geben zu lassen oder auch von diesem briefliche Auskunft einzuholen, um daraufhin sich schlüssig zu machen, ob er den Termin zur Hauptverhandlung ansetzt oder nicht, aufhebt oder nicht. Und träte der Zweifel in der Hauptverhandlung hervor, so würde der korrekte Weg der sein, daß der Vorsitzende zunächst die Hauptverhandlung „unterbricht", sich dann das Gericht außerhalb der Hauptverhandlung und folgeweise ohne Gegenwart des Angeklagten über die Verhandlungsfähigkeit informiert und schließlich eventuell die Hauptverhandlung „aussetzt". Wer an der Legalität dieses Vorgehens zweifelt, der möge an naheliegende Seitenstücke denken, etwa an die Feststellungen, ob ein Angeklagter oder Zeuge bettlägerig krank ist — Feststellungen, die gewiß stets formlos erfolgen.

II. Eine zweite Gruppe bilden die Fälle, in denen die Partei tatsächlich nicht zur Stelle ist, und es durch das Gesetz in ihr Belieben gestellt ist, fernzubleiben.

So steht die Sache im Zivilprozeß durchweg (soweit die Partei prozeßfähig ist). Wohl ist das Gericht hier befugt, das persönliche Erscheinen der Parteien anzuordnen, aber das Gesetz denkt dabei sicher nur an das Erscheinen in der „mündlichen Verhandlung", nicht an Beweistermine, die ja im Zivilprozeß von der mündlichen Verhandlung streng zu trennen sind.

Aus dem Strafprozeß gehören hierher die Fälle der Beweiserhebungen im Vorverfahren, bei denen nach StPO. §§ 167II, 191 ausnahmsweise ein Präsenzrecht des Beschuldigten besteht; ferner alle Fälle der kommissarischen Beweiserhebung zwischen Eröffnungsbeschluß und Hauptverhandlung, StPO. §§ 222—224: endlich auch die Fälle der Beweiserhe-

[1]) So *v. Feilitzsch* in Goltdammers Archiv **45**, 409; ***Beling***, Informativprozesse, 15/16, Anm. 3.

[2]) So das Reichsgericht, Entsch., **1** 149; **29**, 324; Rechtspr. **1**, 2'2



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

bung in der Hauptverhandlung selber dann, wenn der Angeklagte nach § 232 StPO. vom Erscheinen entbunden ist.

In den Fällen der Gruppen I und II stellen sich die von psychiatrischer Seite geltend gemachten Schwierigkeiten nicht ein.

III. Bei einer dritten Gruppe von Fällen kommt es darauf an, wie sich das Gericht zu dem Fernbleiben der Partei stellt, derart, daß hier die Beweisaufnahme ohne die Partei vor sich geht, wenn diese nicht zur Stelle ist, und das Gericht gegen ihr Fehlen nichts zu erinnern hat. Es sind dies lediglich Fälle der strafprozessualen Hauptverhandlung. Zunächst kann in Bagatellstrafsachen nach § 231 StPO. das Gericht ohne den Angeklagten verhandeln; man wird nicht fehlgreifen mit der Annahme, daß in diesen Sachen das Gericht auch befugt ist, den erschienenen Angeklagten für die Dauer einer einzelnen Beweiserhebung, also namentlich der Beweiserhebung über den Geisteszustand, weggehen zu lassen (argum. a majore ad minus). Das gleiche wird aber nach § 230 II StPO. für alle Strafsachen von dem Zeitpunkt ab zu sagen sein, in dem die Hauptverhandlung bis zur Vernehmung des Angeklagten zur Sache (einschließlich) gediehen ist. Will also in diesen Fällen der Angeklagte für die Dauer eines Beweisakts abtreten, so kann das Gericht dies zulassen. Die Voraussetzung, unter der es dies zuläßt, ist in § 230 II StPO. genau angegeben: es kommt darauf an, ob das Gericht die Anwesenheit „für erforderlich erachtet", was augenscheinlich im Sinne einer Erforderlichkeit für die Wahrheitserforschung zu deuten ist. Genau der gleiche Gesichtspunkt wird auch für § 231 der leitende sein müssen. Ist also das Gericht der Ansicht, daß in konkreten Fällen die Wahrheitsermittelung durch das Fehlen des Angeklagten bei der Beweiserhebung nicht gefährdet ist, so läßt es ihn ruhig abtreten. Anderenfalls freilich muß es sein Dabeisein verlangen und eventuell erzwingen.

Ähnlich steht es auch in dem schon unter II erwähnten Dispensfalle (§ 232 StPO.). Zwar ist hier der Angeklagte von Hause durch den Dispensbeschluß des Gerichts zum Fernbleiben befugt, aber dem Gericht bleibt eine Zurücknahme seines Beschlusses unbenommen, und es wird von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen haben, wenn die Wahrheitsermittelung ohne Beisein des Angeklagten gefährdet erscheint.

IV. Wieder anders liegen die Fälle, in denen die Partei zugegen ist und zugegen sein will, aber das Gericht befugt ist, sie aus dem Sitzungssaal zu entfernen.

Ausdrücklich geregelt sind im Gesetz zwei derartige Fälle. Einmal kann im Zivil- wie im Strafprozeß die ungehorsame Partei im Wege der Sitzungspolizei für die weitere Verhandlung ausgeschlossen werden, GVG. § 178. Ist der Ungehorsam zufällig vor der Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen usw. über den Geisteszustand der Partei erfolgt, so erfolgt diese Beweiserhebung ohne weiteres in absentia der Partei.

Sodann bestimmt § 246 StPO., daß das Gericht den Angeklagten für die Dauer der Vernehmung eines Mitangeklagten oder Zeugen über


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

irgendein beliebiges Beweisthema, also auch über den Geisteszustand des Angeklagten, aus der Hauptverhandlung abtreten lassen kann, wenn zu befürchten ist, daß der zu Vernehmende in Gegenwart des Angeklagten mit der Wahrheit hinter dem Berge halten werde. Das gleiche gilt für das strafprozessuale Vorverfahren nach StPO. §§ 167, 192, und muß analog auch für kommissarische Beweiserhebungen angenommen werden. Handelt es sich um Vernehmung eines Sachverständigen, so wird Analogie Platz greifen müssen.

Damit scheint die Liste der Fälle, in denen das Gericht eine Partei gegen ihren Willen von der Anwesenheit bei einer Beweiserhebung ausschließen kann, geschlossen zu sein. Sie ist es auch, wenn man sich auf den Standpunkt der älteren, sog. formalen Jurisprudenz stellt. Neuerdings gewinnt jedoch mit Recht die Bewegung zusehends mehr an Boden, die die Auslegung der Rechtssätze unter den Gesichtspunkt der Interessenwägung stellt. Danach aber ist es ebenso zulässig wie geboten, die im Gesetz ausdrücklich formulierten Rechtssätze insoweit durch Ausnahmen zu durchbrechen, als diese Rechtssätze nicht eine abschließende Regelung der Interessenlage enthalten, sondern neue, nicht mit gewürdigte Interessen an der Situation partizipieren und diese im Sinne der Rechtsordnung bei streng formaler Durchführung des positiv formulierten Gesetzessatzes derart Not leiden würden, daß der Schaden größer sein würde, als der Nutzen, den die von dem Gesetzessatz mit Schutz bedachten Interessen von der Durchführung des Gesetzessatzes haben würden. Wenn nun unsere Prozeßgesetze grundsätzlich das Gericht nötigen, die Partei zu einer Beweiserhebung zuzulassen, so haben sie dabei lediglich die Interessen der Parteien selbst berücksichtigt und gegen einander abgewogen; speziell der Standpunkt der StPO. ist der, daß an der Präsenz im allgemeinen der Staat und der Beschuldigte übereinstimmend interessiert sind. Ungedeckt bleibt dabei das Interesse dritter Personen. Solche aber können in sehr einschneidender Weise dabei interessiert sein, daß die Partei bei ihrer Vernehmung nicht zugegen ist. Es kann z. B. vorkommen, daß ein Zeuge, so wahrheitsliebend er auch ist, so wenig also auch der § 246 StPO. bei seiner Vernehmung zur Anwendung gebracht werden könnte, durch die Gegenwart der Partei, insbesondere durch deren drohende Miene, psychisch derart bedrückt und aufgeregt wird, daß ein Nervenschock und gemütliche Erkrankung bei ihm zu befürchten sind. Solch schweren Gesundheitsschaden wird man sicher unter Umständen höher einzuschätzen haben, als den Vorteil, den die Partei von der Anwesenheit bei der Vernehmung des Zeugen hat. Man denke ferner an Fälle, in denen die Anwesenheit der Partei bei einer Beweiserhebung befürchten läßt, daß sie Gewalttätigkeiten gegenüber anderen Personen, namentlich gegenüber dem Zeugen selber, verüben werde. Soweit es sich um Gewalttat im Sitzungssaale selber handelt, werden sich ja regelmäßig Vorkehrungen psychischen Zwanges zu ihrer Verhütung treffen lassen; aber es kann ja auch zu befürchten sein, daß die Partei


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach Verhandlungsschluß und außerhalb des Sitzungsbanns etwa den Zeugen niederschießen oder ihm sein Haus anzünden werde u. dgl., und daß die polizeiliche Vorbeugung nicht unbedingt imstande ist, den nötigen Schutz zu gewähren. Die Befürchtung von Gewalttaten einer Partei liegt besonders nahe, wenn diese geisteskrank ist. Auch hier wird die Höhenwertung des Interesses der Dritten an Abwesenheit der Partei bei der Beweisaufnahme im Vergleich mit dem Interesse der Parteien an Anwesenheit häufig fraglos sein.

Huldigt man der „Interessenjurisprudenz", so ist es also schon als ein Satz des geltenden Rechts zu behaupten, daß das Gericht befugt ist, eine Partei von dem Beisein bei einer Beweiserhebung auszuschließen, wenn aus der Anwesenheit überwiegende Nachteile für Dritte zu befürchten sind.

V. Trotz alledem bleibt aber eine große Anzahl von Beweisaufnahmen übrig, bei denen die Präsenz der Partei unentrinnbar ist. Es sind dies erstens alle diejenigen, bei denen nach II die Partei zur Präsenz befugt und kein Ausschließungsgrund nach IV gegeben ist. Zweitens aber die Fälle der strafprozessualen Hauptverhandlung, in denen zwar der Angeklagte nicht zugegen sein möchte, das Gericht aber seine Anwesenheit für die Zwecke der Wahrheitsermittlung für unerläßlic herachtet (oben III).

In diesen Fällen ist es nun zum Teil möglich, die von psychiatrischer Seite befürchteten Schädigungen dadurch fernzuhalten, daß, was ja das Gesetz selber erheischt, das Beweisthema streng eingehalten wird, daß also namentlich keine Frage oder Antwort gestellt oder zugelassen wird, die der Prognose für zukünftige Geisteskrankheit gilt, während es darauf im Prozeß nicht ankommt; daß ferner die gegenwärtige Geisteskrankheit aus dem Spiele bleibt, wenn nur die vergangene Geisteskrankheit das Beweisthema bildet, und man dabei des Indizienbeweises auf dem Umwege über die gegenwärtige Geisteskrankheit nicht bedarf.

Bis zu einem gewissen Grade wird auch die schonende Art und Weise, in der der Beweisakt eingerichtet wird, namentlich der freundliche Verkehrston geeignet sein, Schädigungen der Gesundheit der Partei auszuschließen oder zu verringern. Indessen haftet doch jeder Beweiserhebung der strepitus fori an, und niemals kann die Beweiserhebung über den Geisteszustand den Grad wohlwollender fürsorglicher Zwiesprache erreichen, wie er der ärztlichen Behandlung eignet. Auch lassen die Ausführungen des Herrn Dr. *Kreuser* erkennen, daß selbst bei tunlichster Vermeidung aller Schärfe der Beweisprozedur nicht allein immer noch Fälle denkbar sind, in denen e r h e b l i c h e Gesundheitsbenachteiligung zu erwarten ist, sondern auch bei der großen Masse der Fälle die Möglichkeit wenigstens leichterer Schädigung unterläuft.

Deshalb drängt sich der Gedanke auf, ob nicht die Schädigung irgendwie in legaler Weise u m g a n g e n werden könnte.

In der Berliner Strafsache, über die oben S. 626 in Anm. 1 referiert ist, hat der Verteidiger angeregt, den Sachverständigen als Zeugen zu



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vernehmen und alsdann von § 246 StPO. (oben S. 631) Gebrauch zu machen. Allein Zeugen und Sachverständige sind nicht beliebig auswechselbar; ein Gutachten kann immer nur als Gutachten, nicht als Zeugnis erstattet werden. Aber auch wenn man, wie oben geschehen, den § 246 bei Sachverständigen analog anwendet, so liegt auf der Hand, daß er doch nur anwendbar ist, wenn ein Mißtrauen gegen die Wahrhaftigkeit der zu vernehmenden Person vorliegt, und es eine Kränkung eines Sachverständigen sein würde, wollte man mit solcher durch nichts belegten Motivierung den Angeklagten aus dem Sitzungszimmer entfernen. Schließlich ist aber § 246 StPO. überhaupt nicht geeignet, den Befürchtungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die Spitze abzubrechen, da nach § 246 I S. 2 der wesentliche Inhalt der Aussage dem Angeklagten nach der Beweiserhebung mitgeteilt werden muß.

Auch ein anderer in jenem Berliner Prozeß zur Sprache gekommener Ausweg muß versagen, der nämlich, daß die Beweisperson ihre Depositionen in einer fremden Sprache mache. Denn die Verhandlungssprache kann ja nicht frei gewählt werden; ist der Sachverständige oder Zeuge des Deutschen mächtig, so muß er deutsch sprechen (Gerichtssprache). Wäre er aber zufällig des Deutschen nicht mächtig, so müßte seine Bekundung der Partei nachträglich verdolmetscht werden; und dieses Verfahren erhöht sogar noch die Gefahren für den Gesundheitszustand, weil die Partei während des ihr unverständlichen Beweisakts erst recht in Unruhe und Spannung versetzt sein wird.

Nicht von den gleichen Bedenken getroffen wird dagegen der seinerzeit in Berlin von dem Verteidiger gemachte Vorschlag, der Sachverständige möge den kritischen Teil seines Gutachtens in einen lateinischen terminus technicus einkleiden. Praktisch ist dieser Vorschlag natürlich nur dann, wenn erstens das Gericht den terminus technicus versteht, und zweitens die Partei ihn nicht versteht. Ist aber beides der Fall, so würde rechtlich eine Unzulässigkeit dieses Verfahrens nicht zu behaupten sein. Denn die Gerichtssprache nötigt die Beweisperson nur, ihre Sätze deutsch zu sprechen. Wer in seiner Bekundung ein Wort oder einen Ausdruck einfließen läßt, der nicht deutsch ist, der gibt im Grunde damit nur an: es liege das und das vor, was man lateinisch usw. so und so nenne. Der Fall steht durchaus dem anderen gleich, daß ein Zeuge usw. ein Objekt, auf das sich die Aussage bezieht, überhaupt nicht sprachlich, sondern durch Gesten, Mienen usw. bezeichnet. Es bedarf also in diesen Fällen keiner Verdolmetschung. Versteht das Gericht die Aussage, so ist dem Beweisrecht genügt, denn judici fit probatio. Ob freilich damit die Klippe völlig umschifft ist, das steht dahin. Denn das Fragerecht (StPO. § 239 II) wird der Partei hinsichtlich des ihr unverständlich gebliebenen Punkts nicht abzusprechen sein. Überdies versagt der ganze Umgehungsversuch nicht nur bei der Vernehmung Sachverständiger hinsichtlich aller termini, die der Partei geläufig sind, und umgekehrt hinsichtlich aller derer, die nicht einmal



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Gericht bekannt sind; sondern in der Regel gänzlich bei der Vernehmung von Zeugen, die termini technici nicht zur Verfügung haben [1]).

Jedenfalls sind sonach die Umgehungsmöglichkeiten nur beschränkt.

Um so mehr gewinnt die Frage an Bedeutung, ob nicht die Gesetzgebung in Zukunft durchgreifende Abhilfe bringen sollte.

Ist es nun der Grundgedanke der Rechtsordnung, Interessenkonflikte derart zu schlichten, daß Schaden und Nutzen allseitig sorgfältig abgewogen werden, so sind hier zunächst die Interessen zusammenzustellen, die mit der An- oder Abwesenheit der Partei bei einer Beweiserhebung verknüpft sind.

Interessiert ist in erster Linie die Partei selber an ihrer Anwesenheit, weil und insofern sie dadurch in die Lage gesetzt wird, den Vorgang zu kontrollieren, Aufklärungsmöglichkeiten zu bieten und damit eventuell Irrtümern vorzubeugen, die ein ihr abträgliches Prozeßergebnis zur Folge haben würden. Zugleich kann aber die Partei, wenn sie geistig defekt ist, an ihrer Gesundheit Schaden davon tragen, wenn sie die Beweisaufnahme nicht mit ansehen und anhören darf.

Umgekehrt kann aber die Partei in ihrem wohlverstandenen Interesse gerade in dem Sinne daran interessiert sein, daß sie nicht dabei zugegen ist, weil ihr die Anwesenheit möglicherweise einen Gesundheitsschaden zuziehen kann.

An der Abwesenheit der Partei kann ferner ein Dritter interessiert sein, wie schon oben ausgeführt.

Endlich kann ein öffentliches Interesse an Präsenz oder Absenz der Partei bestehen. Für den Strafprozeß gilt grundsätzlich die Auffassung, daß die Gegenwart des Angeklagten bei den Beweiserhebungen der Hauptverhandlung dem staatlichen Wahrheitserforschungsinteresse (pro reo oder contra reum) dienlich ist. Es kann eben die Präsenz des Angeklagten bei diesem Gedankenassoziationen anstoßen, die zur Klärung der

---

[1]) Nach dem Vortrag regte Herr Oberlandesgerichtsrat *Gmelin*-Stuttgart die Frage an, ob etwa auch § 222 StPO. zur Abhilfe heranziehbar sei. In der Tat kann man vielleicht bei sehr weitgreifender Auslegung die aus der Anwesenheit des Angeklagten bei Zeugen- usw. Vernehmung in der Hauptverhandlung befürchtete Gesundheitsbenachteiligung als ein „nicht zu beseitigendes Hindernis", das dem Erscheinen des Zeugen usw. in der Hauptverhandlung entgegensteht, ansehen, indem man aus dem eigenen Bemühen des Zeugen usw., der Vernehmung im Angesicht des Angeklagten zu entgehen, folgert, er werde dahin streben, der Hauptverhandlung aus dem Wege zu gehen. Aber das Ziel, eine Beweiserhebung ohne den Angeklagten herbeizuführen, wird doch durch eine kommissarische Beweiserhebung nach § 222 StPO. nur dann erreicht, wenn der Angeklagte zu dem Termin nicht erscheint oder nach § 223 II nicht präsenzbefugt ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sache weiterleiten, während sonst möglicherweise Belastungs- oder Entlastungsmomente ausfallen. Deshalb hat ja die StPO. gerade die Anwesenheit des Angeklagten nicht als Sache seines reinen Beliebens ausgestaltet.

Umgekehrt aber kann der Staat daran interessiert sein, daß die Partei bei einer Beweisaufnahme nicht zugegen sei. Von diesen Gedanken wird die heutige StPO. beherrscht, wenn sie im Vorverfahren von der Parteiöffentlichkeit eine „Gefährdung des Untersuchungszwecks" befürchtet, ferner, wenn sie die Ausschließung des Störenfrieds von einer Verhandlung (GVG. § 178) oder des Angeklagten in dem Falle zuläßt, daß in seinem Beisein die Wahrheit nicht ans Licht komme (StPO. § 246). Weiter besteht unverkennbar ein öffentliches Interesse an der Abwesenheit der Partei, wenn diese aus der Beweisaufnahme für ihr unsauberes Handwerk profitieren würde (Schule für Simulation!) usw. Endlich aber wird ein öffentliches Interesse an der Abwesenheit auch nach der Richtung hin unleugbar sein, daß die Partei, die unklugerweise dabei sein will, sich nicht durch ihre Anwesenheit gesundheitliche Schädigungen zuziehe; denn hier taucht der Gedanke der Menschlichkeit, der soziale Gedanke eines Schutzes des Schwachen auch gegen sich selbst auf. Es drängt also im Zivil- wie im Strafprozeß das öffentliche Interesse dahin, der Partei das Präsenzrecht um ihrer selbst willen vorzuenthalten, wo sie von der Anwesenheit mehr Schaden als Nutzen hätte.

Dieser Überblick über die beteiligten Interessen ergibt zugleich aber eine enorme Kompliziertheit der Situation.

Die Beurteilung setzt notwendig einen Kalkül auf die Zukunft voraus: es müssen die Folgen abgeschätzt werden, die sich möglicherweise bei Anwesenheit und bei Abwesenheit einstellen werden.

Auch wenn man ein einigermaßen klares Bild von diesen Folgen gewonnen hat, bleibt eine weitere Schwierigkeit: diejenige der Abwägung der Vorteile und Nachteile gegeneinander, z. B. der Gesundheit einerseits gegen den Verlust der Möglichkeit einer Kontrolle der Beweisaufnahme auf der anderen Seite.

Sodann kann vom Standpunkte des Gerichts aus nicht eine Geisteskrankheit der Partei zum festen Ausgangspunkt genommen werden, wenn die Beweiserhebung dem Geisteszustande gilt; jene ist vielmehr selber in solchem Falle problematisch.

Endlich ist die Partei, wenn sie wirklich geistig defekt ist, gar nicht ihr geeigneter Interessenwalter. Sie schneidet sich vielleicht durch ihre Entschließung ins eigene Fleisch, indem sie anwesend bleibt, wo es ihr besser wäre, fernzubleiben, oder umgekehrt.

Bei solcher Zweifelhaftigkeit der Situation ist es nicht leicht, Vorschläge für die künftige Gestaltung des Prozeßrechts im Punkte der Beweiserhebung über den Geisteszustand zu machen. Aber

1. gerade wegen der Zweifelhaftigkeit der Situation wird zunächst jede Verpflichtung der Partei zur Anwesenheit mißlich erscheinen

Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

und vielmehr ein Rechtssatz geboten sein, der der Partei gestattet, solche Beweiserhebung zu meiden. Auch der Jurist wird sich der gleichinhaltlichen Forderung, die Herr Dr. *Kreuser* vom psychiatrischen Standpunkte aus aufgestellt hat, anzuschließen haben.

Im Zivilprozeß ist dieser Satz ja schon heute Rechtens. Aber auch im Strafprozeß wäre die Abweichung vom geltenden Rechte nicht groß. Er gilt hier schon jetzt für alle Erhebungen außerhalb der Hauptverhandlung. Und auch in der Hauptverhandlung kann sich ja, wenn man den § 230 II StPO. so interpretiert, wie oben geschehen, der Angeklagte für die Dauer auch einer einzelnen ihm unangenehmen Beweisaufnahme aus dem Sitzungssaale entfernen, es wäre denn, daß das Gericht seine Anwesenheit dabei im Interesse der Wahrheitserforschung für unerläßlich hält. Würde dem Angeklagten schlechthin gestattet, während der Beweiserhebung über seinen Geisteszustand abzutreten, so würde die Abweichung vom geltenden Rechte also nur darin bestehen, daß die Spezialprüfung, ob nicht die Treffsicherheit der Wahrheitsermittlung unter der Absenz des Angeklagten leiden würde, ausfiele.

Wollte das Gesetz ein übriges tun, so könnte noch bestimmt werden, daß dem Angeklagten, der, ohne bisher einen Verteidiger gehabt zu haben, bei der Beweiserhebung über seinen Geisteszustand abwesend sein wolle, ein Verteidiger ad hoc bestellt werden müsse.

Erwägenswert wäre auch, ob nicht der Angeklagte auf seine Befugnis, sich für die Dauer der Beweiserhebung aus dem Saale zu entfernen, ausdrücklich hinzuweisen wäre.

Daß der Angeklagte, wenn er in Untersuchungshaft wäre, während der seinem Wunsche gemäß ohne ihn vorgenommenen Beweiserhebung außerhalb des Sitzungssaals in Haft festzuhalten wäre, bedarf keiner Ausführung.

2. Will aber die Partei bei der verfänglichen Beweiserhebung zugegen sein, so wird außerhalb der schon jetzt im Gesetz geregelten Fälle ein Recht, sie durch Gerichtsbeschluß fernzuhalten, in folgenden Fällen zu normieren sein:

a) Für Beweisaufnahmen aller Art (nicht bloß solchen über den Geisteszustand der Partei) wird für den Zivil- wie für den Strafprozeß ausdrücklich zu bestimmen sein, daß das Gericht die Präsenzbefugnis der Partei ausschließen kann, wenn deren Anwesenheit mit überwiegenden Nachteilen für einen Dritten verbunden sein würde — ein Satz, der bei nicht rein formaler Interpretationsmethode schon unausgesprochen dem geltenden Recht angehört, aber zur Abschneidung von Auslegungsskrupeln empfehlenswerterweise ausdrücklich formuliert würde [1]).

[1]) Dabei ein dem § 246 I S. 2 StPO. entsprechender Zusatz, vorausgesetzt, daß nicht auch die nachträgliche Mitteilung selber von dem gleichen Gesichtspunkt der überwiegenden Benachteiligung des Dritten beherrscht wäre.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Offen bleiben mag hier die Frage, ob nicht auch in entsprechender Weise auf die dem öffentlichen Interesse drohende Gefahr von Ordnungsstörungen [1]), sowie (im Strafprozeß) von Anlernung der Partei zu Simulationen usw. Rücksicht zu nehmen wäre.

c) Dagegen wäre jedenfalls auch die Möglichkeit einer Ausschließung der Partei bei Beweiserhebungen über ihren Geisteszustand in ihrem eigenen gesundheitlichen Interesse im Gesetz — ZPO. und StPO. — vorzusehen. Gewiß: Beneficia non obtruduntur. Aber das Interesse der Partei, nicht an der Gesundheit geschädigt zu werden, liegt bei Beweisaufnahmen der hier fraglichen Art bei der Partei selber in möglicherweise sehr schlechten Händen, und vor allem verbindet es sich mit einem gleichgerichteten öffentlichen Interesse. Die Hauptschwierigkeit ist nur die, daß das Gericht selber ja gar nicht in der Lage ist, die mögliche Gesundheitsschädigung beurteilen zu können, da es den Ausgangspunkt dieses Urteils, die Geisteskrankheit, ja eben erst feststellen will, also keine Unterlage hat, auf der es fußen könnte. Deshalb würde ein Satz, der ganz kahl dem Gericht eine Ausschließungsbefugnis gäbe [2]), im Grunde ins Leere fallen. Auf der anderen Seite kann auch die Bestimmung im Gesetze nicht dahin gehen, daß etwa die zu vernehmende Beweisperson, speziell der zu vernehmende Arzt, die Entfernung der Partei aus dem Sitzungssaale verlangen könne. Denn abgesehen davon, daß der Arzt möglicherweise lediglich von dem Motiv geleitet sein könnte, nur einer ihm peinlichen Situation zu entgehen, kann der Arzt auch nur das gesundheitliche Interesse der Partei abschätzen, nicht aber die etwaigen Gegeninteressen (das Kontrollinteresse der Partei, das öffentliche Interesse an der Wahrheitsermittlung).

Aus diesen Gründen wird die beste Lösung die sein, daß in allen hierhergehörigen Zweifelsfällen ein mit der Persönlichkeit der Partei vertrauter Arzt (einerlei, ob er selber mit zu den zu vernehmenden Beweispersonen gehört oder nicht) vor der Beweisaufnahme das erste Wort hätte, und, wenn er wegen einer der Partei von ihrer Präsenz drohenden gesundheitlichen Gefahr die Entfernung der Partei befürwortet, das Gericht die Befugnis hätte, die Partei aus dem Saale zu entfernen. Die Äußerung des Arztes würde natürlich noch keine Begutachtung des Geisteszustandes, sondern lediglich eine bloße Anregung für die Prozedur enthalten, so jedoch, daß das Gericht die Ausschließung der Partei von der Anwesenheit wegen Besorgnis der Gesundheitsbenachteiligung nur dann beschließen könnte, wenn der Arzt diese Ausschließung befürwortet.

Dem um seine Äußerung angegangenen Arzte würde ja unverkennbar eine nicht ganz geringe Verantwortung zugeschoben. Aber er sieht eben auch kraft seiner Sach- und Personalkunde deutlich die Gefahren, die

[1]) GVG. § 178 setzt einen schon betätigten Ungehorsam voraus!

[2]) Einen solchen befürwortet *Eisner* in der Deutschen Juristenzeitung **14**, 526.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Kranke vielleicht nicht sieht; ihm steht auch kraft seines persönlichen Fürsorgeverhältnisses zu der Partei die Möglichkeit zu Gebote, mit dieser in ärztlicher Weise Zwiesprache außerhalb des Gerichtssaals zu pflegen und ihr dabei alles ihr Wissenswerte mitzuteilen. Bedenkt man ferner, daß der Arzt die Verantwortung für die von ihm vorausgesehenen, von der Präsenz der Partei drohenden Gesundheitsschädigungen von sich ablehnen wird, so läßt sich wohl annehmen, daß er in zahlreichen Fällen lieber die Verantwortung dafür, daß er für die Fernhaltung der Partei den Anstoß gibt, auf sich nehmen wird.

Wird von der Befugnis, die Partei von der Beweiserhebung fernzuhalten, in dem hier erörterten Sinne Gebrauch gemacht, so wird, wenn die gesetzliche Vorschrift nicht eine Halbheit bedeuten soll, auch die nachträgliche Bekanntgabe des Inhalts der Beweiserhebung an die Partei (wie sie § 246 StPO. für die dort und in § 178 GVG. geregelten, aber ganz anders gelagerten Fälle einer Entfernung aus dem Sitzungssaal vorschreibt,) zu entfallen haben. Denn diese nachträgliche Mitteilung durch das Gericht bringt offenbar genau dieselben Gefahren mit sich, wie die Präsenz der Partei bei der Beweisaufnahme selber. Ja, man wird sogar sagen können, daß durch sie der Zweck der Ausschließung nicht nur illusorisch gemacht wird, sondern die Erregung der Partei noch gesteigert wird, weil ihr ein fait accompli mitgeteilt wird. Statt dessen wird man die Partei lediglich an den Arzt zu verweisen haben. Dieser wird eben in fürsorglicher Weise, nicht so mitleidlos, wie es nun einmal der strepitus fori mit sich bringt, der Partei das Übel beibringen. Dagegen wird im Strafprozeß dem Angeklagten, wenn er aus dem Sitzungssaal entfernt wird und er bisher keinen Verteidiger hatte, ein solcher von Amts wegen zu bestellen sein.

Soll endlich die Ausschließung der Partei von der Anwesenheit ihren Zweck, ihre Gesundheit zu schonen, voll erreichen, so muß natürlich die ausgeschlossene Partei auch gehindert sein, sich die „Öffentlichkeit“ der Verhandlung dadurch nutzbar zu machen, daß sie in den Zuhörerraum eintritt. Sie darf nicht nur nicht qua Partei, sondern sie darf auch nicht qua „Publikum“ der Beweiserhebung beiwohnen. Die Bestimmungen des GVG. über die Öffentlichkeit bedürfen hiernach einer Einschränkung mit Bezug auf die ausgeschlossene Partei.

Aber es fragt sich, ob man nicht im Punkte der Öffentlichkeit noch einen Schritt weiter zu gehen hätte. Unzweifelhaft ist das Beisein des Publikums bei Beweiserhebungen über den Geisteszustand ein Umstand, der die Aufregung der Partei besonders zu steigern geeignet ist. Deshalb sollte ernstlich erwogen werden, ob nicht für derartige Beweiserhebungen die Ausschließung der Öffentlichkeit gesetzlich vorgeschrieben oder wenigstens dem Gericht gestattet werden soll.

Es ist mit Genugtuung zu begrüßen, daß der Bundesrat gelegentlich der Strafprozeßreform dem hier erörterten Problem seine Aufmerksamkeit geschenkt hat. Der jetzt vorliegende Entwurf (II) der StPO. weist fol-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gende, in dem Entwurf des Reichsjustizamts noch nicht enthaltene Bestimmung auf:

> § 236. Ist zu befürchten, daß .... die Abgabe eines ärztlichen Gutachtens in Gegenwart des Angeklagten dessen Gesundheit gefährden werde, so kann das Gericht anordnen, daß der Angeklagte für die Dauer der Verhandlung das Sitzungszimmer verläßt.
>
> Sobald der Angeklagte wieder vorgelassen ist, hat ihn der Vorsitzende über den wesentlichen Inhalt des inzwischen Verhandelten zu unterrichten.

Unverkennbar würde durch eine solche Bestimmung in ihrem Abs. 1 einer im vorstehenden erhobenen Hauptforderung Rechnung getragen. Dennoch wären mit ihr die obwaltenden Bedenken keineswegs erledigt. Der Paragraph erscheint vielmehr in mehrfacher Hinsicht verbesserungs- und ergänzungsbedürftig.

1. Zunächst sollte nicht bloß auf die Abgabe eines ärztlichen Gutachtens, sondern auf jedwede Beweiserhebung über den Geisteszustand abgestellt werden. Die der Gesundheit drohenden Gefahren können ja gerade so aus einer Zeugenvernehmung, aus Urkundenverlesung usw. entspringen.

2. Die „Befürchtung“, daß die Gegenwart des Angeklagten ihm schaden werde, sollte in der oben dargelegten Weise in festere Form gegossen werden. Das Gericht selbst kann dies ja kaum ermessen, es wird deshalb die Anhörung eines Arztes vorzuschreiben sein und nur, wenn er sich im Sinne der Ausschließung des Angeklagten ausspricht, dem Gericht Befugnis zu solcher zu geben sein.

3. Der Abs. 2 des projektierten § 236 verdankt seine Aufstellung wohl nur dem Umstande, daß die neue Ausschließung wegen Befürchtung einer Gesundheitsbenachteiligung in § 236 Abs. 1 mit der aus § 246 StPO. herübergenommenen Ausschließung wegen Zweifelhaftigkeit einer wahrheitsgemäßen Zeugenaussage zusammengebracht worden ist. Aber die Sachlage ist doch gänzlich verschieden. In den hier interessierenden Fällen sollte eine nachträgliche prozessuale Mitteilung über den Inhalt der Beweiserhebung nicht stattfinden.

4. Es fehlt in dem Entwurf eines GVG. an einer Bestimmung, die dem wegen Befürchtung einer Gesundheitsbenachteiligung aus dem Sitzungszimmer entfernten Angeklagten den Eintritt in den für das Publikum bei öffentlicher Verhandlung geöffneten Zuhörerraum verwehrt. Übrigens würde eine solche Bestimmung wohl auch für die Fälle des bisherigen § 246 StPO. in Betracht kommen.

5. Zu erwägen bleibt, ob nicht die Öffentlichkeit für die Dauer einer Beweiserhebung über den Geisteszustand überhaupt ausgeschlossen oder wenigstens ausschließbar sein sollte.

6. § 236 spricht nur von der durch das Gericht verhängten Entfernung aus dem Sitzungssaal. Es sollte aber jedenfalls daneben im Gesetz aus-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesprochen werden, daß der Angeklagte bei Beweiserhebungen über seinen Geisteszustand nicht dabei sein muß, wenn er fernbleiben will.

7. Dem Gericht wäre die Ausschließungsbefugnis ausdrücklich auch für die Fälle zu verleihen, in denen bei Beweisaufnahme von irgendwelcher Art aus der Anwesenheit der Partei einem Dritten überwiegende Nachteile drohen würden.

8. Endlich sollte auch der Zivilprozeß nicht vergessen werden. Auch hier sollte dem Gericht die Befugnis zustehen, eine Partei von der Beweiserhebung, gleichviel über welches Beweisthema, auszuschließen, wenn sonst Dritte überwiegenden Schaden haben würden; sowie sie von der Beweiserhebung über ihren Geisteszustand wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Benachteiligung auszuschließen. Dabei wird allerdings der Zweifel auftauchen, ob es für den Entmündigungs- Anfechtungs- oder -Wiederaufhebungsprozeß nicht beim alten bleiben sollte, da hier die Geisteskrankheit gerade das eigentliche Kampfobjekt bildet. Dagegen wird in anderen Zivilprozessen die Notwendigkeit von Bestimmungen gleichen Inhalts wie für den Strafprozeß kaum zu bezweifeln sein.

Diskussion: Ministerialdirektor *v. Zindel* teilt mit, daß der neueste Entwurf zur Reform der StPO. in § 236 eine Bestimmung vorschlage, nach welcher der Angeklagte aus der Verhandlung entfernt werden könne, wenn eine Gefährdung seiner Gesundheit zu befürchten sei. Nach Wiedereintritt des Angeklagten sei dieser vom Vorsitzenden über die wesentlichen Punkte des während seiner Abwesenheit Verhandelten in geeigneter Weise zu unterrichten.

Beide Referenten begrüßen diese Neuerung und erhoffen davon tunlichste Vermeidung der seither zu besorgenden Nachteile. —

Auch für künftige Jahre wird Wiederholung der Versammlungen beschlossen; mit ihrer Vorbereitung werden wie bisher beauftragt *v. Schwab*, *v. Schanz*, *Kreuser*. *Kreuser.*

---

44. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 1. Mai 1909 in Hannover.

Anwesend waren *Alber*-Woltorf, *Behr*-Langenhagen, *Benno*-Goslar, *Bolte*-Bremen, *Borchers*-Hildesheim, *Brandt*-Hannover, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cramer*-Göttingen, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Delbrück*-Bremen, *Dieckmann*-Volmerdingsen, *Eichelberg*-,Göttingen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerlach*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Hildesheim *Grütter*-Lüneburg, *Hasche-Klünder*-Friedrichsberg, *Heine*-Hannover, *Hellwig*-Langenhagen, *Hermkes*-Warstein, *Hesse*-Ilten, *Kern*-Göttingen, *Klaus*-Hahnenklee, *Kleffner*-Eickelborn, *Koch*-Rinteln, *Kracke*-Lüneburg, *Lachmund*-Münster


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lauenstein-Hedemünden, *Matthes*-Blankenburg, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Peltzer*-Bremen, *Pförringer*-Göttingen, *Quaet-Faslem*-Rasemühle, *Redepenning*-Göttingen, *Reinhold*-Hannover, *Rizar*-Langenhagen, *Schmidt*-Wunstorf, *Schroeder*-Lüneburg, *Schütte*-Osnabrück, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Stüber*-Hildesheim, *Stupus*-Liebenburg, *Stoevesandt*-Bremen, *Völker*-Langenhagen, *Wahrendorff*-Ilten, *Weber*-Göttingen, *Wegener*-Niedermarsberg, *Wendenburg*-Osnabrück, *Westphal*-Hannover, *Westrum*-Warstein, *Winter*-Aplerbeck.

Zum Vorsitzenden wird gewählt *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Gerlach*-Hildesheim. Beginn 2 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstriert *Wendenburg*-Osnabrück:

1. Ein Embryom des Hodens, das operativ bei einem 42jährigen Manne entfernt war.

2. Ein Gehirn mit einem großen Sarkom an der Basis, das in den rechten und linken Stirn- und in den linken Schläfenlappen eingedrungen war und die Hypophyse komprimierte: Die Erscheinungen intra vitam waren neben Allgemeinsymptomen: Stauungspapille, spastische Parese links stärker als rechts, Ptosis links, allgemeine epileptische Krämpfe; tiefer Blödsinn. Auf Grund der Sehstörungen, der Epilepise und einer Halluzinose war anfangs bei dem Kranken, der starker Trinker war, die Diagnose Säuferepilepsie gestellt. Der Fall ist ein Hinweis, daß alle Spätepilepsien auf organisches Hirnleiden verdächtig sind.

3. Ein Gehirn mit einem haselnußgroßen Tumor im Mark an der Grenze zwischen Zentral- und Stirnhirn. Klinische Symptome: Anfälle mit tonischer Starre der Muskulatur, Pupillenstarre und Erweiterung der rechten Pupille. Nicht immer Bewußtseinsverlust. Nach den Anfällen keine Pupillendifferenz, während der Anfälle Babinski. Anfälle treten bei Blutdruckschwankungen, z. B. nach dem Baden, auf.

Tod unter Hirndruckerscheinungen nach kurzem Bestehen der Krankheit; 24 Stunden vorher beginnende Stauungspapille konstatiert. Anatomisch: sehr gefäßreiches Sarkom.

4. Ein Gehirn mit einem Tuberkel im Gyrus supramarginalis, der streng auf diesen beschränkt war. Klinische Erscheinungen: Tastlähmung, Störung des Lokalisationsvermögens, Andeutung von Seelenlähmung, keine motorische Parese. Keine Schreib-, Lese- oder Sprachstörungen. Stauungspapille, ein allgemeiner epileptischer Anfall, gesteigerter Spinaldruck. Klinische Diagnose auf Tumor des Scheitellappens durch Sektion bestätigt. Vortr. glaubt, daß sich bei genügender Berücksichtigung der Begleit- und Nachbarschaftssymptome aus einer reinen Tastlähmung ohne motorische Parese die Diagnose auf Scheitellappengeschwulst stellen läßt, wie das *Bruns* und *Oppenheim* auf Grund ähnlicher Symptome bereits getan haben.

In der Diskussion erinnert *Bruns* daran, daß von *Oppenheim* mehrere derartige Fälle zur Operation gebracht sind. Typisch sind Tast-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lähmung, Lagegefühlstörung, gekreuzte Ataxie, ferner Sprachstörung und Hemianopsie.

Bruns-Hannover: *Neuropathologische Demonstrationen:*

Vortr. stellt zuerst einen Patienten vor, dem ein Tuberkel aus dem unteren Teile der rechten Kleinhirnhemisphäre operativ entfernt wurde. Der 23jährige Pat. wurde am 5. Dez. 1908 zuerst von *Bruns* untersucht. Er litt seit längerer Zeit an in *Paroxysmen auftretenden heftigen Kopfschmerzen*, an Schwindelanfällen und allerdings nur selten auftretendem Erbrechen. Es bestand *beiderseits Stauungspapille*, und die *Sehschärfe* war nach augenärztlicher Untersuchung schon seit mehreren Wochen *herabgesetzt* ($^5/_8$ der normalen). Pupillen sehr weit, träge reagierend. Es bestand *taumelnder, zerebellarer Gang. Nystagmus* beim Blicke *nach rechts*; Doppelbilder im Sinn einer *linksseitigen Abduzenslähmung*. Sonst waren die Hirnnerven frei, namentlich bestand keine Störung im Gebiete des Akustikus. *Beiderseits Achillesklonus*; kein Babinski. Keine Bewegungsataxie und keine Adiadokokinesie. *Bruns* riet trotz der nicht ganz sicheren Lokaldiagnose — Kleinhirn, wahrscheinlich rechte Seite — wegen der Abnahme der Sehschärfe dringend zu einer Trepanation, die aber abgelehnt wurde.

Am 7. Januar d. J. sah *Bruns* den Pat. im Clementinenhause auf der Abteilung des Herrn Prof. Dr. *Geißler* wieder. Die Allgemeinerscheinungen waren dieselben geblieben. *Nystagmus bestand jetzt deutlicher nach links, aber auch nach rechts.* Doppelbilder nach links nicht mehr deutlich. *Fázialis rechts paretisch, namentlich auch Stirnast. Rechts für Flüstersprache fast vollständige Taubheit*; Stimmgabel vom Knochen länger als vom Gehörgang gehört. Gang *ganz unmöglich; fällt immer nach der rechten Seite. Kopf nach rechts geneigt; Kinn nach links gedreht und etwas gehoben.* Beiderseits Achillesklonus.

Jetzt war bei den deutlichen Fazialis- und Akustikussymptomen auf der rechten Seite auch die Seitendiagnose sicher: Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre oder des rechten Kleinhirnbrückenwinkels. Der Pat. willigte ein, sich operieren zu lassen.

Operation Prof. Dr. *Geißler* in zwei Zeiten. Am 13. Januar Trepanation, am 26. Januar Eröffnung der Dura. Der ungefähr kastaniengroße Tumor lag gleich an der unteren Fläche des Kleinhirns zutage und ließ sich leicht mit einigen Kleinhirnfasern entfernen. Es war ein Tuberkel, der wohl von der Kleinhirnhemisphäre selbst ausging.

Zwischen den zwei Operationen, am 21. Januar 1909, war Pat. eines Morgens *plötzlich blind*; später trat eine wesentliche Besserung auf, die aber nur einige Tage dauerte; schließlich trat mit Zurückgang der Stauungspapille immer deutlicher *Sehnervenatrophie*


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zutage, und Pat. ist jetzt blind. Im übrigen ist volle Heilung eingetreten; ganz vorübergehend bestand nach der Operation eine Bewegungsataxie des rechten Armes. Allgemeinsymptome ganz geschwunden. Geringe Schwerhörigkeit rechts. Keine Fazialislähmung rechts. Kein Nystagmus. Gang absolut sicher. Der Erfolg wäre also ein idealer, trotz der Tuberkelnatur des Tumors, wenn nicht Erblindung eingetreten wäre. Der Fall lehrt wieder, daß man bei eintretender Sehschwäche mit der Operation, selbst bei noch nicht absolut sicherer Lokaldiagnose, nicht zaudern darf, wenn man vollen Erfolg haben will. Aus der Literatur geht hervor, daß bei vielen sonst mit Glück operierten Kleinhirntumoren später noch Erblindung durch Sehnervenatrophie eingetreten ist.

Bruns zeigt noch die Präparate von zwei weiteren Hirntumorfällen, bei denen seine Lokaldiagnose falsch war. 1. 9jähriges Mädchen. Allgemeine Tumorsymptome. Kopfschmerzen, sehr heftiges Erbrechen. Lokalsymptome; zerebellare Ataxie. Intentioneller Tremor besonders rechts, aber auch links. Nystagmus nach rechts stärker als nach links. Rechts volle zentrale Taubheit; links Schwerhörigkeit. Fazialislähmung rechts, aber mehr die unteren Gesichtspartien betreffend. L. Pupille > R. Keine spastischen Symptome an den Extremitäten. Nach den Symptomen schien *Bruns* ein Tumor in der hinteren Schädelgruppe rechts sicher. Bei der Operation hier fand sich nichts. Nach einigen Tagen Tod. Bei der Sektion fand sich ein von der Dura der mittleren Schädelgrube der linken Seite ausgehender Tumor, der den Knochen durchbohrt und die vorderen Partien des linken Schläfenlappens zur Erweichung gebracht hatte. Man könnte ja die gekreuzte Taubheit und gleichseitige Schwerhörigkeit nach den Lehren der Physiologie bei Läsion eines Schläfenlappens wohl verstehen, aber eine so starke zentrale Störung des Gehörs auf dem gekreuzten Ohre ist bei einseitigen Schläfenlappentumoren jedenfalls bisher nicht beobachtet. Unerklärt sind auch der Nystagmus, der gekreuzte stärkere und gleichseitige schwächere Intentionstremor (vielleicht Druck auf den Hirnschenkel) und die zerebellare Ataxie — obgleich *Knapp* von Schläfenlappenataxie spricht. Der mehr zerebrale Charakter der gekreuzten Fazialislähmung und die gleichseitige Mydriasis hätten allein wohl zu einer Richtigstellung der falschen Lokaldiagnose nicht führen können. Diese falsche Diagnose wird in gleichgelagerten Fällen wohl kaum zu vermeiden sein.

In einem dritten Falle — Krankenschwester — bestand bei der ersten Untersuchung neben heftigsten Kopfschmerzen und Erbrechen ein taumelnder, unsicherer Gang und beiderseits Achillesklonus. Stauungspapille fehlte, trat aber nach einigen Wochen dazu, wurde zuletzt ziemlich stark, ohne daß aber die zentrale Sehschärfe abnahm. In späterer Zeit bestand noch eine linksseitige Trigeminusneuralgie. Die Lokaldiagnose war unsicher, am wahrscheinlichsten Kleinhirn, vielleicht linke Seite. Palliativtrepanation abgelehnt. In



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

späterer Zeit trat noch eine auffallende Neigung zum Lachen auf, eine Art Zwangslachen, aber keine Neigung zu Witzen. Sprachstörungen haben bis in die letzte Zeit nicht bestanden; zuletzt war die Kranke benommen und sprach überhaupt nicht mehr. Ebenso fehlten hemiplegische Symptome; der doppelseitige Achillesklonus war später nicht mehr nachzuweisen. Tod nach etwa achtmonatiger Krankheitsdauer. Befund: Gliom im vordersten Abschnitte des linken Stirnhirns. Es hatte sich also um eine frontale Ataxie gehandelt; auf das Stirnhirn wies im Krankheitsbilde sonst nichts, freilich auch wenig auf das Kleinhirn.

Bruns demonstriert dann noch kurz das Präparat des von ihm im vorigen Jahre mit der Diagnose Kleinhirntumor vorgestellten Pat. Die Sektion ergab hier ein weiches ependymäres Gliom im 4. Ventrikel. *Bruns*sches Symptom hatte in diesen Fällen nicht bestanden. Dann projiziert Vortr. mikroskopische Präparate von dem ebenfalls im vorigen Jahre demonstrierten Sarkom an der Halswirbelsäule mit sehr charakteristischer Kompression und Verschiebung des Rückenmarkes; schließlich das Röntgenbild einer Schädelbasis bei Hypophysistumor. Erweiterung und Abflachung der Sella turcica, Verkleinerung des Processus clinoideus posticus. Es bestand bitemporale Hemianopsie, aber keine Akromegalie und auch keine adiposogenitale Form.

Cramer-Göttingen referiert unter Hinweis auf die Arbeiten von *Feilchenfeld* und *Mendel* über zwei Gutachten, die sich mit der Frage nach dem Zusammenhang von multipler Sklerose und Unfall beschäftigten.

Ein 29jähr. Molkereigehilfe, der aus einer für Nerven- und Geisteskrankheiten veranlagten Familie stammte, und der selbst häufig an Gelenkrheumatismus gelitten hatte, glitt bei Glatteis aus und fiel mit der linken Körperseite auf eine 10—15 cm hohe Türschwelle. Er stand sofort wieder auf und ging weiter. Erst nach einigen Tagen spürte er Schmerzen beim Atmen, die durch einen Rippenbruch verursacht waren, nach dessen Heilung zunächst die Beschwerden verschwanden. Nach etwa 4 Monaten bemerkte er Schwäche und spannendes Gefühl im rechten Bein, Unsicherheit und Zittern beim Schreiben und Nachlassen der Sehkraft bei Aufregungen. Letzteres beruhte jedoch auf einer erst jetzt bemerkten angeborenen rechtsseitigen Amblyopie. 11 Monate nach dem Unfall bestanden bei der Aufnahme in das Prov.-Sanatorium „R[illegible]ühle“ die unzweifelhaften Kennzeichen einer multip[illegible]se, deren Erscheinungen nach zweimonatiger Behandlung [illegible]ert wurden. Die Frage nach dem Zusammenhange der [illegible]e mit dem Unfall beantwortet [illegible]lgendermaßen: [illegible] multiplen Sklerose sind tro[illegible]Verbreitung [illegible] werden alle möglichen Sch[illegible]ldigt, bes[illegible]

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fälle. Häufig sehen wir aber die Krankheit ohne erkennbare Ursache schleichend oder ganz plötzlich nach geringfügiger Überanstrengung auftreten. Oft führen auch die im Anfang übersehenen Symptome, besonders die Unsicherheit beim Gehen, erst den Unfall herbei, der nachher als Ursache angeschuldigt wird. Im vorliegenden Falle war dies bei der genauen Selbstbeobachtung und nach dem ersten ärztlichen Attest ausgeschlossen. Die gegenwärtige Anschauung der Wissenschaft geht aber dahin, daß die multiple Sklerose auf Grund einer angeborenen Veranlagung durch die verschiedensten Schädlichkeiten ausgelöst werden kann, auch durch Unfälle, die häufig recht schwer und mit Einwirkung starker Temperaturschwankungen verbunden sind. Daneben werden vorausgegangene Infektionskrankheiten als Ursache erwähnt. Außerdem wird meistens verlangt, daß der Unfall in ununterbrochener Reihenfolge von Symptomen zu der Krankheit hinüberführt. Darin ist *Cramer* anderer Meinung. Wenn diese letzte Bedingung erfüllt ist, sei vielmehr anzunehmen, daß die Krankheit bei dem Unfall bereits bestanden habe. In dem erwähnten Fall lag keine der aufgezählten Ursachen vor; dagegen bestand eine neuropathische Veranlagung, und es war wiederholt eine Infektionskrankheit überstanden. Es konnte also in dem Tenor des Gutachtens nur die Möglichkeit zugegeben werden, daß bei dieser Voraussetzung auch der an sich leichte Unfall dazu beigetragen hatte, den Ausbruch der Krankheit zu beschleunigen.

Im zweiten Falle erlitt ein 35jähriger, anscheinend nicht disponierter, bislang gesunder Knecht einen Unfall durch Sturz von der Treppe mit einer Schulterverletzung und Besinnunglosigkeit. Dieser Sturz wurde nicht als Unfall im landwirtschaftlichen Betriebe anerkannt, und der Verletzte wurde wieder völlig erwerbfähig. Ein Vierteljahr später bekam er einen Hufschlag von einem Pferde, durch den er eine Strecke weit fortgestoßen wurde. Er arbeitete jedoch sofort weiter. Eine Verletzung war nicht zu sehen; eine Anzeige unterblieb zunächst. Nach einem Vierteljahr soll er „wackelig" geworden sein, aber erst nach 10 Monaten wurde Unfallanzeige erstattet. Der zuerst untersuchende Arzt stellte bereits multiple Sklerose fest. In der *Cramer*schen Klinik wurde kurz darauf dieselbe Diagnose gestellt und 13 Monate später ein ganz erheblicher Fortschritt der Krankheit beobachtet, die außer den nervösen auch intellektuelle und affektive Störungen hohen Grades bot.

Auch hier kommt *Cramer* zu dem Schluß, daß die multiple Sklerose nicht auf den letzten Unfall zurückzuführen sei, und daß ein Zusammenhang mit dem ersten Unfall zwar möglich, aber nicht wahrscheinlich sei.

Sodann berichtet *Cramer* über einen Fall, in dem ein Gutachten über die Frage gefordert war, wie weit eigenes grobes Verschulden (übermäßiger Alkoholgenuß) bei einem Manne, der an akuter Halluzinose der Trinker litt, auf die Entstehung der Krankheit eingewirkt habe. Der Mann war nicht belastet



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und selbst stets gesund gewesen; auch hatte er sich weder überanstrengt, noch schwere Schicksalsschläge erlitten. Er hatte aber im letzten Jahre vor der Aufnahme in die Irrenanstalt täglich einen Schoppen Schnaps genossen und sich jeden Sonnabend und Sonntag stark betrunken. Er erkrankte darauf an den bekannten Erscheinungen der akuten Alkoholparanoia. *Cramer* kommt zu dem Schluß, daß, wenn es überhaupt ein eigenes strafbares Verschulden gäbe, ein solches in diesem Falle vorläge. Auch bemerkt er, daß, wenn bei derselben alkoholischen Grundlage die Geistesstörung nach einem Unfall aufgetreten wäre, der Unfall höchstens die Rolle eines auslösenden Moments spielen könnte, wenn er nicht schon durch den chronischen Alkoholismus bedingt gewesen sei.

In der Diskussion weist *Wendenburg* auf die der Herdsklerose eigentümlichen Ohnmachts- oder Schwindelanfälle hin, die der Krankheit oft sehr lange Zeit voraufgehen und bisweilen als „Unfälle" von den Patienten angegeben werden. Diese Schwindelanfälle und die der Krankheit charakteristischen Remissionen und Exazerbationen, die auch ohne jeden Unfall vorkommen, mahnen zu doppelter Vorsicht bei der Entscheidung, ob ein Zusammenhang zwischen Unfall und multipler Sklerose besteht, zumal der anatomische Prozeß, welcher ihr zugrunde liegt, die primäre Gliomatose, kaum mit einem Unfall in Zusammenhang gebracht werden kann.

Bruns bemerkt, daß man den Beweis des Zusammenhangs zwischen Unfall und multipler Sklerose nicht liefern kann, daß es aber doch Fälle gibt, wo man nicht umhin kann, einen Zusammenhang zwischen beiden anzunehmen.

Im Schlußwort bestätigt *Cramer*, daß man in manchen Fällen einen Zusammenhang zwischen Unfall und multipler Sklerose annehmen kann, und hebt besonders hervor, daß manche Fälle dieser Erkrankung außerordentlich langsam verlaufen.

Weber-Göttingen: Arteriosklerotische Verstimmungszustände.

Bei beginnender Arteriosklerose, die noch nicht zu schweren, bleibenden Hirnveränderungen geführt hat (Früharteriosklerose), können psychische Krankheitsbilder auftreten, bei denen im Vordergrund schwere Verstimmung bis Angst, Insuffizienz, Eigenbeziehungen, Versündigungsideen und andere flüchtige Wahnbildungen stehen. Von den entsprechenden Zustandsbildern rein funktioneller Psychosen unterscheiden sich diese Störungen durch die Flüchtigkeit ihres Bestehens, den häufigen Wechsel an Intensität und Formen, die Beeinflußbarkeit durch äußere psychische Momente und namentlich das Auftreten objektiver nervöser Symptome, insbesondere von seiten der Pupillen und Reflexe.

Die geringe Konstanz auch dieser objektiven Symptome, das Fehlen dauernder psychischer Ausfallserscheinungen und der günstigere Verlauf läßt sie auch von den schweren organischen Psychosen, namentlich von



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der progressiven Paralyse und den senilen und präsenilen Verstimmungszuständen abgrenzen.

Positiv für Arteriosklerose sprechen eine Reihe von Symptomen von seiten des Gefäßsystems und Herzens, die sich in größerer und geringerer Zahl in den meisten Fällen finden.

Wenn darunter die Blutdrucksteigerung eine geringe Rolle spielt, so erklärt sich das aus mehreren Ursachen. — Wir können eine Blutdrucksteigerung nur dann erwarten, wenn ein großer Teil des Gefäßsystems sklerotisch erkrankt und dadurch die Strombahn verengt ist; sehr häufig handelt es sich aber nur um bestimmte Abschnitte, namentlich die Hirngefäße allein, wie viele Sektionsbefunde lehren. Ferner sind in der Erkrankung, die wir klinisch vorläufig als Arteriosklerose bezeichnen, sicher ätiologisch und histologisch ganz verschiedenartige Krankheitsbilder enthalten, die, namentlich in den Anfangsstadien, durchaus nicht immer zu einer starken Verengerung der Lumina vieler Gefäße und damit zu einer Blutdrucksteigerung zu führen brauchen. Vielfach wird es sich um primär degenerative Prozesse auf dem Boden einer abnorm schwachen Anlage handeln, die zuerst zu einer Erschlaffung der Gefäßwand, starker Erweiterung der Lumina und damit zu einem sinkenden Blutdruck führt, der höchstens durch vermehrte Herzarbeit paralysiert werden kann. Wir brauchen uns also über das Fehlen der Drucksteigerung in einzelnen Fällen nicht zu wundern.

Die Differentialdiagnose gegenüber ähnlichen Affektstörungen bei der einfachen Degeneration, der angeborenen (endogenen) Nervosität (*Cramer*), ihrer als vasomotorische Neurose (*Rosenfeld*) bezeichneten Unterabteilung ist weniger leicht, weil bei allen diesen Zuständen ein schon von vornherein abnorm veranlagtes Gefäßsystem vorliegen kann, das wegen seiner geringen Widerstandsfähigkeit frühzeitig der Arteriosklerose verfällt. Hier können also Übergänge von rein funktionellen vasomotorischen Störungen zu organisch bedingten jederzeit auftreten. Von den Verstimmungszuständen der echten erworbenen Neurasthenie unterscheidet sich das Krankheitsbild durch den Mangel an ausreichenden Ursachen und das Fehlen einer ausgesprochenen körperlichen und psychischen Erschöpfung. Die Symptomatologie und Differentialdiagnose der arteriosklerotischen Verstimmung wird an einigen Fällen erläutert. An einem Fall, der im Alter von 35 Jahren zur Sektion kam, ergab sich als anatomischer Befund: Verengerung der mittleren und kleinen Hirngefäße durch Intimasklerose, hyaline Entartung kleinster Gefäße bei relativer Intaktheit der Hirnsubstanz.

Die diagnostische Abgrenzung dieser arteriosklerotischen Verstimmungszustände ist wichtig, weil ihre Prognose bei geeigneter diätetischer und medikamentöser Therapie günstig ist. Hier kommen vor allem in Betracht: Vermeidung von Alkohol und Nikotin, Regelung des Stoffwechsels, Jodpräparate; bei schweren Angstzuständen Brom, Opium und Herzmittel. —


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

In der Diskussion fragt *Bolte*, ob es sich in den erwähnten Fällen überhaupt um Arteriosklerose gehandelt habe, und ob die Pupillen mit dem Pupillometer gemessen seien. *Weber* verweist auf den einen demonstrierten Fall, bei dem die Arteriosklerose nachgewiesen wurde, weist darauf hin, daß man bei dauernder Untersuchung wohl ohne Pupillometer fertig werden könne, und zählt schließlich die flüchtigen Symptome nochmals auf, die gegen die Annahme einer rein funktionellen Psychose sprechen. *Reinhold* fragt an, ob die projizierte Endarteriitis nicht luischen Ursprungs war. *Weber* hält es in Übereinstimmung mit *Nissl* nicht für luische Endarteriitis.

Hermkes-Warstein: Über psychische Infektion.

Die als psychische Infektion oder induziertes Irresein in Frage kommenden Fälle sind im Laufe der Zeit immer mehr eingeschränkt worden. *Schönfeldt* stellte als Haupterfordernis auf, daß die Psychose des ersten Kranken die „spezifische Ursache“ der sekundären Erkrankung und im wesentlichen mit der letzteren identisch sein müsse. Als ätiologische Momente betrachtete er die psychopathische Disposition, die Blutsverwandtschaft und den durch enges, intimes Zusammenleben bedingten Austausch aller Lebensregungen. *Weygandt* will eine psychische Infektion im engsten Sinne nur gelten lassen in den Fällen, bei denen eine gemeinsame Disposition auszuschließen ist. Nach *Ast* kommt eine eigentliche Übertragung von echten Psychosen überhaupt nicht vor; der primären Erkrankung falle, schreibt er, nur die Rolle des die Disposition auslösenden Agens zu, bestimmend wirke sie nur auf Gestaltung und Inhalt des Symptomenkomplexes der sekundären Psychose.

Im Gegensatz zu *Weygandt*, nach dem neben paranoischen Erkrankungen auch depressive Formen übertragen werden können, glaubt *Meyer*, daß nur erstere bei der psychischen Infektion in Frage kommen.

Vortr. berichtet hierauf über einen Fall eigener Beobachtung: Zwei Schwestern; die jüngere, ledig, erkrankte im Anschluß an die Pflege des an Magenkarzinom verstorbenen Vaters mit unbestimmten, hypochondrischen Magenbeschwerden und fürchtete, ebenfalls Magenkrebs zu haben (Herbst 1906). Ende März 1907 wurde sie wegen angeblicher Oophoritis gynäkologisch behandelt. Gegen Schluß dieser Behandlung zeigte sie sich während der Menses psychisch verändert, wurde traurig-ängstlicher Stimmung, sie sei nicht wert, behandelt zu werden. Als sie nach Hause zurückgekehrt war, nahm die ängstliche Erregung immer mehr zu; schließlich wurde Pat. mutazistisch, negativistisch. Am 16. April 1907 Aufnahme in die Anstalt. Tag und Nacht saß sie mit unglücklich-ratlosem Gesichtsausdruck, trüben Augen zusammengekauert da, mutazistisch, negativistisch. Im Anschluß an die Menstruation (19.—22. Mai) fing sie an, etwas zu sprechen, zu essen, bot im übrigen das Bild einer schweren psychomotorischen Hemmung, war mangelhaft orientiert, äußerte eine Reihe


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

depressiver Wahnvorstellungen. Im Verlauf der folgenden Monate ganz allmähliche Besserung bis zur völligen Heilung. Entlassung 14. Dezember 1907.

Die ältere verheiratete Schwester, bei welcher erstere wohnte, gesund bis zur Rückkehr der Schwester aus der gynäkologischen Privatklinik, klagte wenige Tage hernach, es gehe ihr im Kopfe alles durcheinander, machte sich Vorwürfe, sie habe ihren Mann geärgert. Aufnahme in die Anstalt zusammen mit der Schwester. Getrennte Behandlung. Bot im ganzen Verlauf, auch in der Art der Besserung, ein genaues Spiegelbild der zuerst beschriebenen Erkrankung: zuerst völlig mutazistisch und negativistisch, zeigte sie hernach die gleiche psychomotorische Hemmung, mangelhaftes Orientierungsvermögen, depressive Wahnvorstellungen. Bei ihr entwickelte sich indes eine rapid verlaufende Lungentuberkulose, welcher sie nach völliger Heilung von der Geisteskrankheit am 24. März 1908 erlag. Diagnose: Melancholie (manisch-depressives Irresein?).

Um eine psychische Infektion im Sinne der angeführten Autoren kann es sich nicht gehandelt haben. Als wesentliche innere, endogene Krankheitsursache ist bei dem Schwesternpaare eine gleichartige Prädisposition anzusehen, obwohl in der Aszendenz Geisteskrankheiten nicht nachzuweisen waren. Dafür sprechen neben der Blutsverwandtschaft der ähnliche Beginn beider Erkrankungen und der fast mit photographischer Treue gleichbleibende Verlauf trotz der in der Anstalt durchgeführten Trennung. Im Anschluß an eine Reihe typischer Fälle der Literatur sucht Vortr. weiter nachzuweisen, daß bei der sog. psychischen Infektion nicht die spezifische Ursache der primären Erkrankung im Sinne *Schönfelds*, sondern eine gleichartige Prädisposition das Wesentliche ist, die nicht an die Blutsverwandtschaft oder an eine nachweisbare Belastung geknüpft zu sein braucht.

Vortr. kommt demgemäß wie *Ast* zu dem Schluß, daß es eine eigentliche Übertragung von Psychosen nicht gibt. Die primäre Erkrankung ist nicht die spezifische Ursache, sondern nur das auslösende Agens; sie kann den äußeren Verlauf der sekundären Erkrankung, insbesondere den Symptomenkomplex, mehr oder weniger beeinflussen. In diesem Sinne können auch affektive Störungen ausgelöst werden.

Bolte-Bremen: Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung.

Das Benennen von Bildern allbekannter Gegenstände ist eine Leistung, welche bei Gebildeten und Ungebildeten einigermaßen konstante Zeiten beansprucht und so langsam erfolgt, daß sie noch mit der $^1/_5$ Sekundenuhr gemessen werden kann. Die Prüfung dieser Funktion eignet sich daher gut für praktische Zwecke zur Feststellung der Reaktions- und Auffassungsgeschwindigkeit. Andere Leistungen, wie etwa das Lesen und Rechnen, schwanken stärker je nach dem Bildungsgange des einzelnen. Beim Bilderbenennen machen sich die Unterschiede der Bildung haupt-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sächlich in der mehr oder weniger genauen Benennung und Bestimmung des dargestellten Gegenstandes geltend, sehr wenig in der Geschwindigkeit der sprachlichen Reaktion.

Vortr. verwendet nur künstlerisch einwandfreie Bilder mit leuchtenden Farben, die sorgfältig aus den Bilderbogen (Firma Joseph Scholz, Mainz) ausgeschnitten und auf eine weiße Karte geklebt sind und dadurch plastisch hervortreten. Sie stellen immer nur ein einzelnes Ding, ein Tier, eine Pflanze oder einen Gebrauchsgegenstand dar. Die Versuchsperson wird aufgefordert, die einzeln gezeigten Bilder möglichst schnell zu benennen. Spezielle Namen werden nicht verlangt. Es genügt, wenn die Versuchsperson z. B. einen Haushahn „Vogel" nennt. Um den rhythmischen Schwankungen der Aufmerksamkeit entgegenzukommen, wird alle 5 Sekunden ein Bild exponiert, indem nach Ablauf der 4. Sekunde gefragt wird, „was ist" und nach Ablauf der 5. Sekunde beim Worte „das?" die Karte umgeklappt wird. Ein Expositionsapparat wird nicht verwandt, die Zeit mit der $^1/_5$ Sekundenuhr gemessen. Aus den gewonnenen Zeiten wird das Stellungsmittel, das arithmetische Mittel der Zentralzone und der häufigste Wert berechnet, ferner das Minimum und das Maximum notiert.

Die Methode gibt bei demselben Individuum, wenn es sich, soweit äußerlich erkennbar, psychisch nicht verändert hat, ziemlich konstante Resultate. Bei Gesunden betrugen die Minimalwerte nie über 0,8 Sekunden. Das Stellungsmittel und das arithmetische Mittel der Zentralwerte schwankte zwischen 0,8 und 1,2 Sek. 10 Gebildete verhielten sich durchschnittlich nicht anders in der Reaktionszeit als 19 Ungebildete. Von Patienten wurden grundsätzlich nur ruhige und normal sich betragende zur Untersuchung herangezogen. Wenn man die 120 Versuchspersonen nach dem arithmetischen Mittel der Zentralwerte ordnet, so sind unter den 50% prompter Reagierenden nur 3 Epileptiker mit 1,07 bis 1,29 Sek., obwohl jeder vierte Untersuchte Epileptiker war. Psychopathen, Hysteriker und Alkoholiker verhielten sich im allgemeinen wie Gesunde. Die Ausnahmen zeigten irgendwelche Komplikationen mit Schwachsinn, Exhibitionismus, Neigung zu epileptoiden Räuschen und dergleichen. Die Frühdementen verhielten sich wie gesunde. Gelegentlich traten, obwohl nur Leute von scheinbar normalem Verhalten ausgesucht waren, Sperrungen und dergleichen auf, wodurch Streuung und durchschnittliche Verlangsamung entstand. Depressionszustände zeigten Verlangsamung. Die Imbezillität hatte außerdem oft Versager, wo nichts geantwortet wurde. Wo bei leichtem Schwachsinn starke Verlangsamung vorhanden war, stellte sich mehrmals nachträglich das Bestehen einer Krampfepilepsie heraus.

Die Untersuchungsmethode hat praktischen Wert, besonders bei der Differentialdiagnose zwischen larvierter Epilepsie und Psychopathie usw. Eine Reaktionszeit von 1,0 Sek. bei der verwandten Bilderserie spricht mit Wahrscheinlichkeit, eine noch kürzere fast mit Sicherheit gegen Epilepsie.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eichelberg-Göttingen: Die Bedeutung der zytologischen, chemischen und serologischen Untersuchungen der Spinalflüssigkeit für die Diagnostik der Erkrankungen des Zentralnervensystems.

E. gibt kurz eine Schilderung über die bekannten verschiedenen Untersuchungsmethoden der Zerebrospinalflüssigkeiten. Auf Grund eigener Untersuchungen, die er gemeinsam mit Herrn *Pförtner* gemacht hat, kommt er zu folgendem Ergebnis.

1. Eine Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit findet sich in ca. 90 % bei Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis. Aber auch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, so bei Sklerosis multiplex, Tumor cerebri, Epilepsie, Arteriosklerosis, Jugendirresein und anderen kommt eine Zellvermehrung vor. Ebenso findet man auch in der Spinalflüssigkeit von Leuten, die Lues gehabt haben, aber jetzt keine Erscheinungen von Lues bieten, häufiger eine Zellvermehrung. Sehr starke Zellvermehrung findet sich nur bei Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis.

2. Ähnlich verhält es sich mit der Vermehrung der Gesamteiweißmenge (*Nissl*sche Methode) und mit den Ausfällungsmethoden mit Zinksulfat (*Zimbal*) und Magnesium-Sulfat (*Henkel*).

3. Die von *Nonne* und *Apelt* angegebene Methode der Ammoniumsulfat-Ausfällung ist positiv in 100 % der Fälle bei Tabes und Paralyse und in etwas geringerem Grade bei Lues cerebrospinalis. Sie kommt auch vor bei Tumor cerebri, Tumor spinalis und Sclerosis multiplex. Sehr selten ist sie hingegen positiv bei Leuten, die Lues gehabt haben, aber zurzeit keine Erscheinungen von Lues bieten. Ebenso kommt sie bei arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns nur sehr selten vor.

4. Die *Wassermann*sche Reaktion in der Spinalflüssigkeit findet sich zu 100 % bei Paralyse, zu etwa 60 % bei Tabes und bei ganz vereinzelten Fällen von Lues cerebrospinalis. Bei allen anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, auch bei Leuten, die Lues gehabt haben und keine krankhaften Erscheinungen am Nervensystem bieten, ist die Reaktion ausnahmlos negativ.

5. Die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum ist bei der Diagnose von Erkrankungen des Zentralnervensystems nur von geringer Bedeutung, da sie uns günstigsten Falls nur sagt, daß jemand Lues gehabt hat, aber nicht, ob die vorliegende Erkrankung mit der Lues im Zusammenhang steht.

6. Die *Wassermann*sche Reaktion ist, was ihr Vorkommen in der Spinalflüssigkeit anbelangt, zwar sehr zuverlässig, aber technisch immerhin sehr schwierig. Sie ist daher für die Praxis in vielen Fällen nicht anwendbar, zumal auch Spinalflüssigkeiten, wenn sie versandt werden, leicht verderben. Technisch am einfachsten und nach der *Wassermann*schen Reaktion am zuverlässigsten ist die von *Nonne* und *Apelt* angegebene Ammoniumsulfat-Ausfällung.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. Die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Zerebrospinalflüssigkeit sind deswegen besonders wichtig, weil wir mit Hilfe dieser die Paralyse von arteriosklerotischen Hirnerkrankungen trennen können, und weil wir beginnende Paralyse gegenüber einfachen nervösen Beschwerden nach Lues unterscheiden können. Auch bei der Differentialdiagnose von Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis einerseits gegenüber den übrigen Erkrankungen des Zentralnervensystems andererseits kann diese Untersuchung sehr wertvoll sein. —

In der Diskussion rät *Wendenburg*-Osnabrück von der Lumbalpunktion bei Hirntumoren ab. Sie hat häufig schweren Kollaps im Gefolge; ihre Gefahren stehen deshalb in keinem Verhältnis zu ihrem diagnostischen Werte. Sie sollte auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen wenig Hirndruck besteht und es sich um die Differentialdiagnose zwischen Tumor und syphilitischer oder tuberkulöser Meningitis u. ä. handelt.

Wendenburg-Osnabrück: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.

Vortr. vergleicht die an den Verbrechern, Vagabonden und Korrigenden gemachten Erfahrungen über die Beziehungen zwischen geistiger Anomalie und insozialem Verhalten mit den von *Tippel*, *Cramer* und *Rizor* an den Fürsorgezöglingen gemachten Beobachtungen. Auch bei diesen bilden die Anormalen einen hohen Prozentsatz und tragen dazu bei, daß die vom Gesetz erhofften Wirkungen trotz aller angewandten Mühe bei einem verhältnismäßig großen Teile der Zöglinge ausbleiben. —

In der Diskussion betont *Cramer*, daß in Frankfurt seit kurzem die Kinder, die für die Hilfsschule in Betracht kommen, von psychiatrischer Seite uutersucht werden, und daß in Göttingen derartige Untersuchungen bereits seit etwa 1 ½ Jahren durchgeführt werden. —

Pförringer-Göttingen: Über den Zusammenhang zwischen Nervosität und Psychose.

In den Beziehungen zwischen Nervosität und Psychose spielt die endogene Nervosität eine viel wichtigere Rolle als die Neurasthenie, die als solche so gut wie nie in Geisteskrankheit übergeht. Unter den endogen Nervösen interessieren hier zwei Gruppen: erstens die, bei denen zu den bisherigen Krankheitserscheinungen nervöser Natur als Novum psychotische Symptome hinzukommen (zeitweise Angst, zeitweise Sinnestäuschungen; krankhafte Eigenbeziehungen u. s. f.) zweitens die, bei denen die schon bestehenden Erscheinungen eine solche Steigerung erfahren, daß sie der Pflege einer geschlossenen Anstalt überwiesen werden müssen. Bei letzteren spielt die Hauptrolle, wie weit Krankheitsbewußtsein bzw. Einsicht vorhanden ist, wieweit das Handeln durch die Krankheit beeinflußt ist, und wieweit die Kranken mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden vermögen. Obwohl bei den endogen Nervösen der Boden für den Ausbruch einer Psychose vorbereitet erscheint,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommt es doch nur in einem relativ geringen Prozentsatz des großen Heeres der endogen Nervösen zur Notwendigkeit einer Aufnahme in eine Irrenanstalt, und auch diese Fälle bieten nicht die wohlumschriebenen Bilder einer deutlichen Psychose. Je mehr das endogene Moment betont ist, desto verwaschener werden die klinischen Formen. Auf Grund von Krankenbeobachtungen im Prov.-Sanatorium „Rasemühle" und in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen ist der Schluß gestattet:

1. Bei der endogenen Nervosität ist der Ausbruch einer Psychose nicht wahrscheinlich; tritt sie doch auf, so ist das Krankheitsbild nicht scharf umschrieben.

2. Die mit hysterischen oder degenerativen Momenten komplizierten oder überwiegend schon von vornherein von solchen Erscheinungen beherrschten Fälle neigen ebenfalls nicht zur Ausbildung einer präzisen klinischen Form, sondern es entstehen Grenzzustände. —

(Der Vortrag konnte aus Mangel an Zeit nicht gehalten werden.)

Gerlach-Hildesheim.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Köln a. Rh. und Bonn am 23. und 24. April 1909.

Die Sitzungen fanden statt am 23. April 1909 im Isabellensaal des Gürzenich zu Köln und am 24. April 1909 in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Anwesend: *Adam*-Regensburg, *Adams*-Johannistal, *Alt*-Uchtspringe, *Alter*-Leubus, *Aschaffenburg*-Köln, *Bauke*-Uchtspringe, *Barbo*-Pforzheim, *Behrendt*--Sayn, *Bennecke*-Dresden, *Benning*-Pützchen, *Berg*-Düsseldorf, *Berger*-Jena, *Beyer*-Roderbirken, *Bischoff*-Herzberge, *Bockhorn*-Uchtspringe, *Bodet*-Brauweiler, *Bouman*-Amsterdam, *Buchholz*-Hamburg, *Bünger*-Groß-Wusterwitz, *Busch*-Tübingen, *Cramer*-Göttingen, *Dannemann*-Gießen, *Dees*-Gabersee, *Dehio*-Dösen, *Dreuw*-Berlin, *Dubbers*-Allenberg, *Edel*-Charlottenburg, *Eichelberg*-Göttingen, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Fabricius*-Düren, *Facklam*-Suderode, *Falthausen*-Erlangen, *Feldkirchner*-Regensburg, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Wiesloch, *Flügge*-Johannistal, *Friedländer*-Hohe-Mark, *Fuchs*-Köln, *Ganser*-Dresden, *Geißler*-Köln-Lindenburg, *Gerlach*-Münster, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gock*-Landsberg, *Goldstein*-Königsberg, *Grahl*-Hedemünden, *Groß*-Rufach, *Großmann*-Nietleben, *Gudden*-Bonn, *Hardt*-Emmendingen, *Hahn*-Breslau, *Halbey*-Ückermünde, *Harlander*-Werneck, *Hebold*-Wuhlgarten, *Hegemann*-Warstein, *Heilbronner*-Utrecht, *Heller*-Waldbröl, *v. der Helm*-Endenich, *Herrmann*-Würzburg, *Herting*-Galkhausen, *Herzfeld*-Ruppichteroth, *Hesse*-Ilten, *Hollander*-London, *Homburger*-Heidelberg, *Hübner*-Bonn, *Jänecke*-Osnabrück, *Ilberg*-Großschweidnitz, *Karrer*-Klingen-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

münster, *Kayser*-Dziekanka, *Kirchhoff*-Schleswig, *Klose*-Köln, *Kluge*-Potsdam, *Knecht*-Ückermünde, *Knörr*-Teupitz, *Koch*-Rinteln, *Kölpin*-Bonn, *Korte*-Eglfing, *Kräpelin*-München, *Krauß*-Kennenberg, *Kreuser*-Winnental, *Krömer*-Conradstein, *H. Laehr*-Schweizerhof, *M. Laehr*-Schönow, *Landerer*-Andernach, *Lange*-Jerichow, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Lehmann*-Freiburg i. Schl., *Lemberg*-Eglfing, *Liebetrau*-Hagen, *Liebmann*-Köln, *Lienau*-Hamburg, *Lochner*-Thonberg, *Lößl*-Gabersee, *Lohmer*-Köln, *Lückerath*-Bonn, *Lullies*-Kortau, *Lustig*-Erdmannshain, *Marthen*-Landsberg, *Mayser*-Hildburghausen, *Merklin*-Treptow a. R., *Meyersohn*-Schweidnitz, *Moeli*-Lichtenberg, *Mörchen*-Ahrweiler, *E. Müller*-Merxhausen, *J. Müller*-Andernach, *R. V. Müller*-Köln, *Neuendorff*-Bernburg, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig, *Noack*-Teupitz, *Oebecke*-Bonn, *Oetter*-Ansbach, *Oettli*-Köln-Lindenburg, Redakteur *Ohrem*-Köln, *Orthmann*-Köln-Lindenthal, *Oster*-Illenau, *Pappenheim*-Heidelberg, *Pelman*-Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Plaut*-München, *Plempel*-Köln, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Pollitz*-Düsseldorf, *Rabbas*-Neustadt, *Rademacher*-Galkhausen, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Rehm*-Dösen, *Rehm*-München, *Reich*-Lichtenberg, *Repkewitz*-Schleswig, *Richter*-Buch, *Rieder*-Coblenz, *Rizor*-Langenhagen, *Rosenfeld*-Straßburg, *Rosenthal*-Sayn, *Rühle*-Schussenried, *Sauermann*-Merzig, *Seige*-Jena, *Selter*-Bonn, *Serger*-Alt-Strelitz, *Siebert*-Johannistal, *Siemens*-Lauenburg, *Simon*-Warstein, *Sioli*-Bonn, *Snell*-Lüneburg, *Sommer*-Bendorf, *Staehly*-Godesberg, *Stammer*-Seten, *Starlinger*-Mauer-Oehling, *Stengel*-Bruchsal, *Stoltenhoff*-Kortau, *Schaefer*-Lengerich, *Schauen*-Schwetz, *Scheiber*-Deggendorf, *Schneider*-Essen, *Schürmann*-Merxhausen, *Schütte*-Bonn, *Schwienhorst*-Warstein, *Siebert*-Johannistal, *Taubert*-Lauenburg, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Thiele*-Ebernach, *Thywissen*-Neuß, *Tilmann*-Köln, *Tippel*-Kaiserswert, *Tuczek*-Marburg, *Vocke*-Eglfing, *Völker*-Langenhagen, *Vogler*-Deggendorf, *Wachsmuth*-Frankfurt a. M., *Wagner*-Alzey, *Wahn*-Crefeld, *Weber*-Sonnenstein, *Wendenburg*-Osnabrück, *Westphal*-Bonn, *Wetzel*-Heidelberg, *Weyert*-Köln-Lindenburg, *Weygandt*-Hamburg, *Wieners*-Bernau, *Wilhelmy*-Bonn, *Witte*-Grafenberg, *Wolff*-Katzenelnbogen; im ganzen 181 Teilnehmer.

Am Vorstandstisch: *Moeli*, *Kräpelin*, *Kreuser*, *Laehr*, *Pelman*, *Siemens*, *Tuczek*. — Schriftführer: *Hübner*, *R. V. Müller*, *Weyert*.

1. Sitzung Freitag, den 23. April 1909, vorm. 9 Uhr.

Der Vorsitzende *Moeli* begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder und Kollegen: *Tantzen*, *Wilhelm Jung*, *J. L. A. Koch*, *Ullrich*, *Würth*, *Hecker*, *Matthes*. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen

Der Vorsitzende verliest alsdann Begrüßungstelegramme und begrüßt als Gäste Herrn Landesrat *Horion* und Herrn Prof. Dr. *Tilmann* von der Kölner Akademie für praktische Medizin.

Er berichtet ferner über die Ergebnisse der Sitzung des Ausschusses zur Vorbereitung des internationalen Kongresses zur


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsorge für Geisteskranke (Berlin 1910), die am Abend vorher stattgefunden hat. Die Versammlung stimmt dem Antrag zu, die Jahresversammlung des D. V. f. Ps. im nächsten Jahre ausfallen zu lassen oder sie im Anschluß an den genannten internat. Kongr. abzuhalten. Die näheren Bestimmungen bleiben dem Vorstand vorbehalten.

Der Vorschlag des Schatzmeisters, die Höhe des bisherigen Jahresbeitrags (5 Mk.) auch für 1909 und 1910 beizubehalten, wird angenommen und die Eröffnung eines Kredits für den internat. Kongreß bis zur Höhe von 4000 Mk. aus den Vereinsmitteln genehmigt. Einer Verrechnung der verwendeten Gelder wird auf der Jahresversammlung 1911 entgegengesehen.

M. Fischer - Wiesloch hat angeregt, die Kommission zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen möge alle 4 Jahre eine Zusammenstellung der Gehaltsverhältnisse der Ärzte und Direktoren (nebst Diäten und Reisegebühren) in den einzelnen Bundesstaaten und Provinzen veröffentlichen. Dieser Vorschlag wird der Kommission zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen überwiesen.

Der Vorsitzende teilt ferner ein Schreiben *Herting*s-Galkhausen mit, in dem der Wunsch ausgesprochen wird, es möchten die noch vorhandenen Hilfsmittel psychiatrischer Behandlung früherer Zeit einer bestimmten Sammelstelle zugewiesen werden. Das germanische Museum in Nürnberg hat die Aufnahme einer solchen Sammlung in erster Linie davon abhängig gemacht, daß eine vollkommene und reichhaltige Sammlung zustande käme. *Herting* hat nun gebeten, der Vorstand möge die Sache zu der seinigen machen und sie möglichst schon bei der diesjährigen Tagung des Vereins vorbringen und vertreten, vielleicht in dem Sinne, daß der Verein grundsätzlich sein Interesse und sein Einverständnis mit der Angelegenheit bekundet und den Vorstand mit der Vornahme der weiter erforderlichen Schritte beauftragt. Die Versammlung nimmt von den Ausführungen und Wünschen *Herting*s Kenntnis.

Auf Antrag des Vorstandes nimmt die Versammlung folgende Erklärung an: „Der Deutsche Verein für Psychiatrie, zu einer Stellungnahme zum Beschluß der 39. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte vom 7. November 1908 [1]) aufgefordert, hält gleichfalls eine Festsetzung der Bestimmungen über die Aufnahme in Anstalten für Geisteskranke auf dem Wege der Gesetzgebung gegenwärtig für unzweckmäßig. Weiter spricht er sich dafür aus, das Zeugnis eines approbierten Arztes über die Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung für die Aufnahme in eine öffentliche Anstalt unbeschränkt zuzulassen."

Nachdem dann noch die Versammlung sich damit einverstanden erklärt hat, daß künftig Themata für Referate nicht, wie bisher, allein vom Vorstande aufgestellt, sondern aus der Mitte der Ver-

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 66, S. 179.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammlung vorgeschlagen werden sollen, folgt die Besprechung der Lues-Paralyse-Frage.

Die einleitenden Referate von *F. Plaut*-München und *O. Fischer*-Prag liegen der Versammlung gedruckt vor (s. diese Ztschr. S. 340—414).

O. Fischer demonstriert im Anschluß an sein Referat Präparate und Mikrophotogramme betr. den spongiösen Rindenschwund und die fleckweise Markatrophie.

Die Diskussion über die Referate wird verschoben bis nach Anhörung des inhaltsverwandten Vortrags von

Hübner-Bonn: Zur Lehre von den syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Vortr. hat in etwa 100 Fällen die Wassermannsche Reaktion geprüft.

Er fand unter seinen Kontrollfällen nur fünf positiv Reagierende, welche Lues nicht zugaben. Von diesen waren vier bei genauerer Durchforschung der Anamnese einer früheren Infektion dringend verdächtig. Von neun Epileptikern reagierte keiner positiv. Bei progressiver Paralyse wurde in 93 % der Fälle im Blute eine positive Reaktion gefunden. Mitunter wurden anfangs negative Ergebnisse erzielt und erst später bei der dritten oder vierten Untersuchung positive.

Für die Fälle mit negativem Ausfall wird man die Lues nicht ohne weiteres ausschließen dürfen, denn die Technik der Wassermannschen Reaktion ist z. Z. noch so schwer, daß man damit allein schon die negativen 7—10 % erklären kann. Es müßte auch festgestellt werden, ob das Paralytikerblut desselben Falles zu allen Zeiten positiv reagieren muß.

Was die Frage der Lues nervosa anlangt, so schließt sich H. dem ersten Referenten an.

Sobald man eine Disposition des erkrankten Individuums zur Tabes oder Paralyse zugibt, braucht man der Syphilis keine besondere Affinität zum Nervensystem mehr beizulegen. Was die syphilitischen Ehepaare anlangt, so wird in Zukunft erst einmal serologisch zu prüfen sein, wie oft sich bei Mann und Frau die Lues nachweisen läßt.

Vortr. hat sieben Ehepaare untersucht. Der nervenkranke Gatte reagierte in allen Fällen positiv, von den sieben Partnern gaben vier eine positive, drei eine negative Reaktion. Metaluische Erscheinungen waren nur bei einer von den vier Frauen mit positiver Reaktion nachzuweisen.

Ob die Lehre von der „Umstimmung der Gewebe" für die Paralyse-Syphilisforschung einmal Bedeutung gewinnen wird, erscheint dem Vortr. fraglich. Bevor man sie fruchtbringend wird verwerten können, dürften die neuesten serologischen Forschungen auf dem Gebiete der Kindernervenkrankheiten erst einmal zu berücksichtigen sein. *H.* fand bei vierzehn hereditär luischen Kindern elfmal eine positive Reaktion. Klinisch lagen die verschiedensten Diagnosen vor: Neurasthenie, Hysterie, juvenile Paralyse, Epilepsie. Bei zweien waren überhaupt keine Krankheitserscheinungen nachzuweisen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Will man diese Fälle unter dem Gesichtspunkte der „Umstimmung der Gewebe“ betrachten, so ergeben sich große Schwierigkeiten.

Diskussion. — *Edel*-Charlottenburg: Auf Grund der Erfahrungen, welche in unserer Anstalt gemacht worden sind, stimme ich dem Satz zu, daß es keine Paralyse ohne voraufgegangene Lues gibt. Meine Veröffentlichungen über diese Erfahrungen sind inzwischen in der Allg. Ztschr. f. Psych. und in einer Festschrift erfolgt, welche zur Feier des 40 jährigen Bestehens unserer Anstalt im Hirschwaldschen Verlag kürzlich erschienen ist. Inzwischen sind meine Zahlen etwas vermehrt. Unter 65 Fällen von Paralysen, worunter 8 Taboparalytiker sich befanden, haben alle einen positiven Blutserumbefund, nur ein Taboparalytiker ergab einen zweifelhaften Befund. Dabei muß betont werden, daß in ganz vereinzelten Fällen die Paralysen zuerst einen negativen Blutserumbefund ergaben, aber bei wiederholter Untersuchung stellte sich doch ein positiver Ausfall heraus. Ich muß ferner Herrn *Plaut* darin beistimmen, daß der Zusammenhang der Paralyse mit der Lues mit größerer Sicherheit aus dem Blute als aus der Lumbalflüssigkeit geschlossen werden kann. Denn in der letzteren wurde bisweilen ein negativer oder schwach positiver Befund festgestellt, während das Blutserum desselben Kranken einen stark positiven Ausfall zeigte. Dabei kann auch nicht hierfür etwaige Unwirksamkeit des verwandten Extraktes angeschuldigt werden, da das Blut und die Lumbalflüssigkeit einigemal an demselben Tage von dem gleichen Kranken entnommen und mit demselben recht wirksamen Extrakt von Herrn *Fritz Lesser* untersucht wurden.

Eichelberg-Göttingen hat 1200 Blutseren und 500 Lumbalflüssigkeiten auf die *Wassermann*sche Reaktion hin untersucht. Was die Paralyse anbetrifft, so hat er ebenso wie *Plaut* in fast allen Fällen die Reaktion positiv erhalten, jedoch bei dieser Erkrankung in der Spinalflüssigkeit noch regelmäßiger wie im Blutserum. Andererseits kann es aber keinem Zweifel unterliegen, daß die Reaktion auch positiv ist bei einigen anderen Erkrankungen, so bei Lepra, Malaria, in gewissen Stadien von Scharlach und anscheinend auch bei Epilepsie und Diabetes. Wenn diese Tatsache auch praktisch nichts besonderes ausmacht, so ist sie theoretisch doch von großer Wichtigkeit. Da für viele der genannten Erkrankungen eine Lipoidvermehrung im Blut nachzuweisen ist, so glaubt *E.*, daß der Gedanke nahe liegt, daß es sich bei der *Wassermann*schen Reaktion um eine Reaktion auf diese Stoffe handele. Wenn dem aber so ist, so kann die Reaktion nicht zum Beweise herangezogen werden, daß auch Paralyse unbedingt eine syphilitische Erkrankung sein muß. *E.* geht kurz auf 2 Fälle ein, wo nach überstandener Lues die Reaktion erst negativ war, und dann später bei beginnender Paralyse die Reaktion positiv wurde. Diese Fälle können auch zum Beweise dafür herangezogen werden, daß beim Ausbrechen der Paralyse erst die Stoffe ins Blut kommen, die bei dieser Erkrankung die Wassermannsche Reaktion geben. Auf jeden Fall ist daran festzuhalten, daß wir das Wesen der Wassermannschen Reaktion noch nicht kennen.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Insbesondere ist die Antigen-Antikörper-Theorie nicht mehr haltbar. *E.* warnt deswegen davor, eine Reaktion, die wir noch keineswegs erklären können, schon dazu zu benutzen, um einen theoretischen Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse zu beweisen. Wenn bei 2 Erkrankungen ein und dieselbe Reaktion vorkommt, so besteht ja wohl die Wahrscheinlichkeit, daß diese beiden Erkrankungen in einem gewissen Zusammenhange zueinander stehen, aber es ist keineswegs ein strikter Beweis. Ebenso glaubt *E.* nicht, daß das Vorhandensein der *Wassermann*schen Reaktion bei Paralyse mit einiger Wahrscheinlichkeit daraufhin deute, daß Paralytiker noch Spirochätenträger seien.

Selter-Bonn weist auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Methodik hin. Die *Wassermann*sche Methode sei die zuverlässigste, trotz der ihr anhaftenden Mängel. Auch der Grad der Reaktion sei von Wichtigkeit. Eine starke Reaktion habe er nur bei Lues erhalten. Eine schwache Reaktion sei z. B. bei Karzinom recht häufig.

Alt-Uchtspringe: Die Methode schafft die Resultate, es können nur die mit genau der gleichen Methode ermittelten Ergebnisse verglichen werden. Dank freundlichem Entgegenkommen des Herrn Geheimrat *Wassermann* sind in Uchtspringe sämtliche Untersuchungen durch Assistenten vom Institut für Infektionskrankheiten mit den direkt von dort bezogenen Ingredienzien ausgeführt worden, sind also in bezug auf die Richtigkeit der Methode vollkommen einwandfrei. Untersucht wurden, um das gleich mit zu bemerken, auch die jugendlichen Epileptiker, von denen etwa 3 Prozent, und die jugendlichen Schwachsinnigen, von denen etwa 9 Prozent positive *Wassermann*sche Reaktion ergaben. Überstandener Scharlach hatte erweislich keinen Einfluß auf den Ausfall der Reaktion.

Bei erwachsenen, nicht paralytischen Geisteskranken der verschiedensten Art, ohne voraufgegangene Lues, war die Reaktion negativ. Auch eine Anzahl von Kranken, die bestimmt vor vielen Jahren syphilitisch infiziert waren, ergaben keinen positiven Ausschlag. Man kann aus dem negativen Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion somit nicht den Schluß ziehen, daß die betreffende Person nie Syphilis gehabt hat.

Hingegen ergaben sämtliche Paralytiker ausgesprochen positive *Wassermann*sche Reaktion bis auf 2, die indes auch klinisch nicht als klassische Paralyse, sondern als traumatische Pseudoparalyse anzusprechen waren. Der hohe diagnostische Wert der *Wassermann*schen Reaktion steht somit ganz außer Zweifel. Bemerkt sei noch, daß in einigen Fällen mit der Lumbalflüssigkeit deutlich positive Reaktion erzielt wurde, obgleich das Serum negativ reagiert hatte.

Der positive Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion ist als Zeichen noch bestehender, aktiver Syphilis, wenn auch in stark abgeschwächter Form, gedeutet und daraus die therapeutische Forderung ab-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geleitet worden, durch geeignete Behandlungsmethode die Reaktion zum Schwinden zu bringen.

Der Beweis dafür, daß die positive *Wassermann*sche Reaktion nur bei noch aktiver Syphilis vorkomme, die Paralytiker also noch Spirochätenwirte seien, ist bisher nicht einwandfrei erbracht, aber auch keineswegs widerlegt. Möglicherweise bedingt eine bei den Paralytikern auf syphilitischem Boden erwachsene Stoffwechselkrankheit den positiven Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion. Tatsache ist, daß der Lezithinstoffwechsel bei den Paralytikern anders ist als bei Gesunden und anderen Geisteskranken. Untersuchungen aus der II. Medizinischen Klinik in Berlin, welche durch Untersuchungen aus der Halleschen Psychiatrischen Klinik (*Kaufmann*) und aus Uchtspringe (*Hoppe*) bestätigt sind, belassen hierüber keinen Zweifel. Während z. B. der normale Mensch nur 2 ‰ Lezithin im Serum hat, finden sich beim Paralytiker etwa 4 ‰.

Während im normalen Knochenmark auf 100 g Fett etwa 1,83 g Lezithin entfallen, findet sich im Knochenmark der Paralytiker nur 0,2, oft auch gar nichts; ein Zeichen dafür, daß der Organismus des Paralytikers an Lezithin verarmt.

Mag die *Wassermann*sche Reaktion das Merkzeichen einer noch bestehenden Syphilis oder einer Stoffwechselerkrankung sein, ist durch sie theoretisch der Gedanke einer dereinstigen rationellen Behandlung dieser bisher unheilbaren Krankheit im Frühstadium nicht mehr ganz von der Hand zu weisen. Möglicherweise wäre die Stoffwechselerkrankung im ersten Beginn zum Stillstand zu bringen und der Lezithinverarmung durch substituierende Darreichung entsprechender Präparate zu begegnen. Bestehen noch syphilitische Prozesse, so sind diese möglichst zu beseitigen. Die Quecksilberbehandlung versagt und hat nicht selten rapide Verschlimmerung zur Folge. Das überrascht keineswegs, wenn wir uns die Tatsache ins Gedächtnis rufen, daß auch der Kohlehydratstoffwechsel der Paralytiker darniederliegt und der hierzu in Beziehung stehende Speicheldrüsenapparat gerade durch Quecksilber ganz erheblich angegriffen wird. Mit Merkur ist also nichts zu machen. Es werden andere spezifische Mittel gesucht und gefunden werden müssen. Wie Ihnen bekannt ist, hat man von dem Atoxyl, das bei der Schlafkrankheit so gute Dienste tat, auch Einfluß auf die Syphilis beobachtet. Das Atoxyl war auch bei der Schlafkrankheit kein absolut sicheres Mittel, hat überdies häufig enorme Nachteile (Erblindung) im Gefolge. Herr Geheimrat *Ehrlich* hat auf Grund jahrelang fortgesetzter Experimentaluntersuchungen ein neues Arsenpräparat, das Arsenophenylglyzin gefunden, das bei allen Tierarten die experimentell erzeugte Schlafkrankheit heilt. Das Präparat ist parasitotrop d. h. es greift mehr die im Blut kreisenden oder irgendwo haftenden Mikroorganismen an als die Gewebe. Es unterliegt wohl kaum einem Bedenken, der Hoffnung Raum zu geben, daß mit diesem oder einem ähnlichen Präparat, sobald die dosis efficiens tolerata ermittelt ist, auch



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

im Menschen die Schlafkrankheit zu heilen ist. Es lag nahe zu versuchen, ob das Arsenophenylglyzin auch auf etwaige aktive syphilitische Prozesse im Organismus der Paralytiker einwirke, ob vielleicht die *Wassermann*sche Reaktion dadurch beeinflußt werden könne. Mit Erlaubnis des Herrn Geheimrat *Ehrlich*, der mich und meine Uchtspringer Kollegen mit der klinischen Prüfung des Arsenophenyglyzins betraut hat, bin ich in der Lage Ihnen mitteilen zu können, daß in der Tat bei 4 Paralytikern von etwa 20 so behandelten Fällen unter Arsenophenylbehandlung die vordem ausgesprochen positive *Wassermann*sche Reaktion geschwunden ist. In einem dieser Fälle, der auf Lezithin-Ausscheidung im Kot von Kollegen *Hoppe* genau untersucht wurde, ist auch die krankhafte Lezithin-Ausscheidung im Kot zum Stillstand gebracht worden.

Man wird, ohne voreilig zu sein, mit allem Vorbehalt sagen dürfen, daß dieses Ergebnis der Arsenophenylbehandlung freudig zu begrüßen und eine Stütze für die Hoffnung ist, es sei nicht so ganz ausgeschlossen, daß es über kurz oder lang auch einmal gelingen werde, einer recht frühzeitig erkannten Paralyse nicht ganz mit verschränkten Armen in ihrem weiteren Verlauf zusehen zu müssen. Wie die Remissionen der Paralytiker deutlich erweisen, kann der paralytische Prozeß, wenn auch nicht zur Heilung, so doch zu einem Stillstand kommen. Es erscheint nach dem heutigen Stand unseres Wissens und auf Grund der mitgeteilten Versuche durchaus nicht unmöglich, daß wir späterhin für eine solche Remission die Wege ebnen können, möglicherweise durch Beeinflussung des Lezithinstoffwechsels, vielleicht auch durch Abtötung der noch wirksamen Spirochäten mittelst Arsenophenylglyzins oder eines ähnlichen Präparates.

Kraepelin-München bittet den Ref., die Gründe für seine Anschauung darzulegen, daß die Paralytiker noch Spirochätenträger sind. Weiter weist er auf die Wichtigkeit einer Erforschung der Geschichte der Paralyse hin, die anscheinend auffallend kurze Zeit zurückreicht, sowie auf die örtlichen Unterschiede in der Ausbreitung der Paralyse. Zur Erklärung könnte der Alkoholmißbrauch mit herangezogen werden; namentlich würden die Unterschiede in der Beteiligung der Geschlechter und die verhältnismäßige Unempfindlichkeit der Mohammedaner und Indier in diesem Sinne sprechen. Ohne Zweifel ist der Alkohol aber nicht ausreichend, um eine befriedigende Erklärung zu liefern. Ob das Alter der Lues bei einem Volke eine Rolle spielt, könnte durch Untersuchung der Eingeborenen Mittelamerikas und des nördlichen Südamerikas festgestellt werden, bei denen die Lues seit Jahrtausenden besteht und demnach häufig Paralyse erzeugen müßte, was anscheinend nicht zutrifft. Wenn es richtig ist, was Ref. betont, daß alternde Menschen rascher paralytisch werden, könnte ähnliches für alternde Völker gelten, bei denen die Züchtung durch die besonderen Einflüsse der Zivilisation vielleicht die Wider-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

standsfähigkeit gegen den paralytischen Krankheitsvorgang herabsetzt. Dafür würden die Erfahrungen bei den Indianern und Negern Nordamerikas sprechen, bei denen die Paralyse außerordentliche Fortschritte gemacht hat, seitdem sie in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit aus ihren ursprünglichen Lebensbedingungen herausgerissen wurden.

Cramer-Göttingen weist mit Rücksicht darauf, daß Vertreter der Presse anwesend sind, darauf hin, daß zwar wesentlich der Satz richtig sei: „ohne Syphilis keine Paralyse", daß aber für die Praxis keineswegs gesagt werden könne, die Syphilis allein mache die Paralyse. Es spielen vielmehr dabei noch eine Reihe exogener und endogener Momente eine Rolle, wie sie soeben Herr *Kraepelin* kurz skizziert hat. Diese Tatsache ist für die Praxis sehr wichtig, weil sie bei der Begutachtung auch noch andere Momente ätiologisch mit in Betracht ziehen läßt.

A. Friedländer-Hohe Mark führt zu Punkt 2 des hochinteressanten *Plaut*schen Referates: „Es ist nicht unwahrscheinlich, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt, noch tätiges Virus im Körper vorhanden ist, daß somit die Paralytiker Spirochätenträger sind" folgendes aus:

Über die Versuche, die mein verstorbener Lehrer *Krafft-Ebing* bei seinem Vortrage in Moskau (aus diesem stammt das Wort von der Zivilisation und Syphilisation) berichtete, bin ich ziemlich orientiert, und der historischen Interessen wegen möchte ich kurz darauf eingehen. Bei neun Paralytikern wurden — ich glaube in den Extremitäten — Impfversuche mit Virus, das vom speckigen Belag festgestellter Primäraffekte herrührte, angestellt. Dieselben verliefen negativ. Demgegenüber ist die Tatsache hervorzuheben, daß (worauf ja auch der Herr Ref. in anderem Zusammenhange hinwies) die Syphilis mehrmals bei ein und demselben Individuum auftreten kann. Sind die Fälle auch selten, so beweisen sie doch die Richtigkeit des Satzes, daß es eine Immunität gegen die Syphilis dort, wo sie überhaupt vorkommt, nicht gibt. Ich hatte Gelegenheit, zwei Fälle zu beobachten, bei denen die Reïnfektion etwa 4 bzw. 10 Jahre (!) auseinander lag. Die Herren *Neisser*-Breslau und *Herxheimer*-Frankfurt, die doch mit zu den erfahrensten Beobachtern gehören, bestätigten mir, daß sie gleiche Fälle kennen. Ihr Vorkommen ist nicht sehr häufig, es beweist aber, daß, auch wenn ein Kranker Spirochätenträger ist, eine Reïnfektion möglich ist. Wie vorsichtig wir also mit der Deutung der oben angegebenen *Krafft-Ebing*schen Mitteilung sein müssen, möchte ich hiermit angedeutet haben. Der Herr Ref. hat den Wunsch ausgesprochen, es wäre sehr zu wünschen, daß jene Inokulationsversuche wieder aufgenommen würden. Wir alle stimmen ihm hierin vom wissenschaftlichen Standpunkt aus sicherlich bei. Ich habe aber damals die gewissenlose Hetze miterlebt, die eine gewisse Presse gegen den betreffenden Kollegen begann, der wohl auch aus diesem Grunde von *Krafft-Ebing* nicht genannt worden war. Eine Zeitung brachte ein Gedicht mit dem Titel: „Die Bestie im Doktorhut."



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei solchen Versuchen wird also größte Vorsicht und vorherige Einholung der Erlaubnis des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters dringend geboten sein.

Redner weist dann auf einen Fall hin, der im 18. Jahre Lues acquirierte, im 32. Jahre starre Pupillen zeigte und heute im 42. Jahre keine Zeichen einer metaluischen Erkrankung bietet (außer der Pupillenstarre). *Wassermann* zweimal negativ. Es ist wichtig, solche Fälle zu beschreiben und zu verfolgen, da sie Anlaß bieten zu vorschnellen, verhängnisvollen Diagnosen.

Plaut-München geht mit Rücksicht auf die Ausführungen *Eichelbergs* nochmals auf die Frage der biologischen und klinischen Spezifizität der *Wassermann*schen Reaktion ein. Er verwahrt sich dagegen, daß er nunmehr der Überzeugung geworden sei, es handle sich nicht um eine spezifische Antigen-Antikörper-Bindung, und gibt nur zu, daß man zur Zeit kein sicheres Urteil über die biologischen Vorgänge abgeben könne; widerlegt ist die Antigen-Antikörper-Theorie nicht. Neuerdings haben Untersuchungen aus dem *Uhlenhuth*schen Laboratorium dargetan, daß Extrakte aus Lebern von an Scharlach gestorbenen Kindern eine elektive Wirkung auf Scharlachsera im Sinne der Komplementbindung ausüben; dies stützt die Annahme, daß auch zwischen Lueslebern und Luesseris spezifische Beziehungen obwalten. Dazu kommt, daß die Überlegenheit der Extrakte aus luischen Lebern gegenüber allen normalen Ersatzpräparaten nach den Erfahrungen *P.*s zweifellos ist. Die Technik ist ungemein diffizil, und sowohl negative wie positive Ausfälle erklären sich nicht selten aus einer mangelhaften Ausführung der Versuche.

Es ist absurd, sich auf den Standpunkt zu stellen, die Tatsache, daß sich positive Reaktion fast ausnahmlos bei der Paralyse finde, beweise nichts für deren Beziehung zur Syphilis. Findet man wie hier eine Reaktion in der Mehrzahl der Fälle von Syphilis und sonst nur regelmäßig bei der Paralyse bzw. Tabes, so ist ein Zusammenhang beider Erkrankungen zweifellos.

Auf die Frage *Kraepelins* führt P. nochmals die bereits im Referat dargelegten Gründe an, durch die es wahrscheinlich gemacht wird, daß die Paralytiker Spirochätenträger sind.

Der Auffassung *Kraepelins* gegenüber, daß die Differenz in der Häufigkeit der Paralyse bei den beiden Geschlechtern durch die verschiedene Häufigkeit des Alkoholmißbrauchs bei Mann und Frau bedingt sein könne, weist *P.* darauf hin, daß man des Alkohols nicht bedarf, um zu erklären, daß die weibliche Paralyse so viel seltener sei als die männliche, denn die Lues sei beim Weibe auch viel seltener als beim Manne. (Verhältnis nach *Blaschko* 1 : 4, nach *Fournier* 1 : 8.)

P. gibt seiner Befriedigung Ausdruck, daß, wie sich aus der Diskussion ergeben hat, nunmehr Einigung darüber erzielt worden ist, daß die Syphilis die conditio sine qua non für die Entwicklung der Paralyse ist.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sioli-Bonn spricht gegen Punkt 2 der *Fischer*schen Schlußsätze: Bei einem entzündlichen Prozeß, als welcher der paralytische von *Fischer* anerkannt wird, noch eine primäre Degeneration des Parenchyms, d. h. der Ganglienzellen, Achsenzylinder und Markscheiden anzunehmen, widerspricht allgemein pathologischen Prinzipien und entbehrt auch für das Gehirn der Begründung. Der *Fischer*sche zur Stütze eines Parenchymschwundes angeführte Satz, daß Neuroglia nur sekundär als Reaktion auf einen Gewebsschwund wuchert, hat keine allgemeine Gültigkeit, da es auch entzündliche Gliaveränderungen gibt und diese gerade bei der Paralyse eine Hauptrolle spielen. In einem Fall von Paralyse von nur sechswöchiger Krankheitsdauer sah *S.* in dem bekannten Bilde, das die anatomische Diagnose der Paralyse erlaubt, eine ganz besonders starke entzündliche Veränderung der Glia und relativ geringe Ganglienzellenerkrankung. Solche Erfahrungen scheinen doch dafür zu sprechen, daß das anatomische Substrat der Paralyse ein Entzündungsprozeß ist, der von den Gefäßen seinen Ausgang nimmt, während die parenchymatösen Schädigungen rein sekundärer Art sind.

Fischer-Prag betont gegenüber *Sioli*, daß es nicht recht möglich ist, hier die Frage der Abhängigkeit degenerativer und entzündlich-proliferativer Prozesse in erschöpfender Weise zu behandeln. Seine in dem Referate geäußerte Ansicht beruht auf keinerlei Analogieschlüssen, die ja immer etwas hinkend sind, sondern auf direkten Tatsachen. Wenn man hochgradigen, ganz zirkumskripten Parenchymschwund neben ganz minimal erkrankten Stellen findet und dabei keine Differenz der entzündlichen Veränderungen, kann man nicht anders als dieses Verhalten in der Richtung deuten, daß sich diese zwei Prozesse nicht wesentlich beeinflussen.

2. Referat: Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt. Ref.: *Alt*-Uchtspringe (s. dies Heft S. 437 ff.).

Ref. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die vielfach vertretene, auch aus der ministeriellen Ergänzungs-Anweisung vom 20. April 1896 ersichtliche Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 anstaltspflegeberechtigte jugendliche Epileptiker und Idioten weniger der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge benötigten als Erwachsene, ist unzutreffend. Gerade die jugendlichen Kranken der genannten Art sind in besonderem Maße genauer psychiatrischer Untersuchung und Behandlung zugängig und bedürftig.

2. Eine Sonderung der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit oder nach Krankheitsformen in verschiedene Anstalten ist unzweckmäßig und undurchführbar.

3. Die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behand-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tab. 45.



ɪr und
ıstalten

ıentlich
organi-

ne der

ichtung
Geistes-
luse bei

ɪndliche
ıe Fälle
ı haben
ıe Neu-
ɪr. Die
Idioten-
trie.
auf den
äftigung
pondenz

fen, die
ns eines
ɪrte An-
n kom-

insamer
editäts-

an An-
ɪdlicher
ür Psy-
Kinder

talt im
als die

ferates.
-Öster-
bereits
ehreren
Geistes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt verdient den Vorzug vor Sonderanstalten ür jugendliche Kranke der genannten Art.

4. Für viele jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und namentlich Idioten ist die Ergänzung der Anstalt durch eine psychiatrisch organisierte Familienpflege besonders segensreich.

D i s k u s s i o n. — *Cramer*-Göttingen empfiehlt Annahme der Thesen en bloc.

Weygandt-Hamburg: Auch im Ausland hat sich die Einrichtung einer gemeinsamen Verpflegung erwachsener und jugendlicher Geistesabnormer im Rahmen einer Anstalt bewährt, so in Perray-Vaucluse bei Paris.

Tatsächlich haben die nichtärztlichen Anstalten für jugendliche Idioten und Epileptiker nicht nur vereinzelte, sondern zahlreiche Fälle jenseits der Altersgrenze von 18 oder 20 Jahren; einige Anstalten haben mehr als die Hälfte so alter Insassen. Es kommen sogar vielfache Neuaufnahmen erwachsener Geisteskranker, selbst senil Dementer vor. Die vorkommende Errichtung von besonderen Altersheimen bei Idiotenanstalten ist eine besonders bedenkliche Form von Winkelpsychiatrie.

Die Lehrkräfte der Jugendlichen lassen sich sehr wohl auch auf den Abteilungen Erwachsener zur geistigen Anregung und Beschäftigung durch Lichtbildervorträge, Vorlesungen, Unterstützung bei Korrespondenz usw. heranziehen.

Die Neigung einzelner pädagogischer Kräfte zu Übergriffen, die sich vor kurzem noch im preußischen Abgeordnetenhaus seitens eines Lehrers einer großstädtischen Epileptikeranstalt durch unmotivierte Angriffe auf die psychiatrischen Bestrebungen äußerte, wird sich in kombinierten Anstalten wesentlich leichter ausgleichen.

Kombinierte Anstalten werden durch die Möglichkeit gemeinsamer Verpflegung mehrerer Generationen in e i n e r Anstalt die Hereditätsforschung fördern.

Auch die Angliederung und Einbürgerung von Polikliniken an Anstalten wird bei gemeinsamer Behandlung Erwachsener und Jugendlicher erleichtert, da sich das Publikum, wie Ref. an einer Poliklinik für Psychisch-Nervöse erfahren konnte, zunächst viel eher entschließt, Kinder zuzuführen, als Erwachsene.

Die praktische Durchführbarkeit einer kombinierten Anstalt im Rahmen der Irrenfürsorge einer Provinz ist entschieden größer als die Errichtung einer separaten, ärztlichen Anstalt für Jugendliche.

W. empfiehlt dringend die Annahme der Schlußsätze des Referates.

Starlinger-Mauer-Oehling weist darauf hin, daß in Nieder-Österreich ein Großteil der in dem Referate niedergelegten Grundsätze bereits praktische Verwirklichung gefunden hat, insofern als schon seit mehreren Jahren nach einem Landesgesetze die Aufnahme der harmlosen Geistes-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kranken in den Anstalten ermöglicht ist, worunter eben die jugendlichen Imbezillen und Epileptiker zum Großteil partizipieren. In Mauer-Oehling sind etwa 200 Jugendliche unter 20 Jahren untergebracht und werden gegenwärtig zur Ausbildung in einer Beschäftigung herangezogen, die ihnen existenzielle Befähigung schaffen soll. Leider fehlt zurzeit noch die nötige pädagogische Nachhilfe für diese Elemente. Aber eine solche kann nur mehr eine Frage der Zeit sein, und dann haben wir in Nieder-Österreich auch in den Anstalten die volle Jugendabteilung. Bisher sind diese Jugendlichen nicht vollständig von den Erwachsenen geschieden, und diese unvollständige Separation hat noch keinerlei Nachteil oder Schaden zutage gefördert. Vielmehr hat diese teilweise Vermischung mit Erwachsenen nicht selten einen konsolidierenden Einfluß auf schwer erziehbare Elemente genommen. Wie immer man der Sache gegenüber stehen mag, die Erfahrung in Mauer-Oehling liefert den genügenden Beweis, daß die Angliederung der jugendlichen Elemente an die Irrenanstalten praktisch durchführbar ist, und daß die daselbst bestehende Arbeitstherapie auch für die Jugendlichen eine wertvolle Einrichtung ist.

Die Angliederung der Jugendabteilung an die Irrenanstalten bildet weiter eine naturgemäße Ausgestaltung des Anstaltswesens, wodurch die Irrenanstalt immer mehr zum allgemeinen Krankenhause für psychisch Abnorme wird.

Pollitz-Düsseldorf: Es scheint mir gerade in diesem Augenblicke dringend wünschenswert, daß diese angesehene Versammlung Deutscher Irrenärzte in den vom Ref. aufgestellten Thesen ihre bestimmte Meinung hinsichtlich der Einführung psychiatrischer Abteilungen für Jugendliche ausspricht. Es ist Ihnen bereits bekannt, daß die preußische Regierung, wie auch im neuesten Bericht des Ministers des Innern mitgeteilt wird, Besuchskommissionen für die Fürsorgeerziehungsanstalten plant, in denen auch der Irrenarzt seinen Platz findet. In den Arbeiten von *Brandis* und *Rizor* (in Münster) ist festgestellt, daß die Zahl der geistig abnormen Fürsorgezöglinge außerordentlich bedeutend ist. Das Abnorme in der Persönlichkeit des Zöglings wird den sehr tüchtigen und erfahrenen Leitern solcher Anstalten, wie mir vielfache Besuche in Erziehungsanstalten ergeben haben, wohl verständlich, aber sie wissen doch nicht recht, was mit ihnen zu geschehen hat. Da erscheint es überaus wichtig, daß wir klar und deutlich aussprechen, daß diese Zöglinge in Irrenanstalten zu bringen sind, denen der notwendige pädagogische Apparat beizugeben ist, wie wir ihn in den Gefängnissen längstens haben. Besonders wertvoll erscheint daher die letzte These, die die schon jetzt übliche Familienpflege Jugendlicher anbahnt und damit gleichzeitig die weitere Beobachtung solcher abnormer Jugendlicher dauernd in die Hände des allein kompetenten Irrenarztes legt. Es ist mir — wie ein gelegentlich beobachteter drastischer Fall eines Notzuchtattentates eines Idioten zeigt — nicht zweifelhaft, daß mancherlei Verbrechen dieser Schwachsinnigen verhütet


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden können, wenn eine dauernde irrenärztliche Verwahrung auch nach der eigentlichen Erziehung stattfindet.

Kraepelin-München weist auf die wenig erfreulichen Verhältnisse in Bayern hin, wo die Idiotenfürsorge noch gänzlich in geistlichen Händen liegt, vielfach verbunden auch noch mit der Verpflegung für erwachsene Geisteskranke. An der Münchner Klinik ist zunächst im wissenschaftlichen und Unterrichtsinteresse eine kleine Kinderabteilung eingerichtet worden. Solche Beobachtungsstationen würden sich verhältnismäßig leicht an neuen Anstalten durchsetzen lassen und wenigstens eine gewisse Durchsiebung der jugendlichen Kranken ermöglichen, bevor sie den bestehenden Privatanstalten überantwortet werden. Die Annahme der *Alt*schen Leitsätze wird dringend empfohlen; sie bilden eine vollkommen geeignete Grundlage für unser weiteres Vorgehen auf diesem überaus wichtigen Gebiete.

Moeli-Lichtenberg: Ist es im allgemeinen vorteilhafter für Fürsorgezöglinge, bei einer der verschiedenen Anstalten etwa eine psychiatrische Beobachtungsstation einzurichten, die in unbeschränkter längerer Prüfung der Lebensäußerungen zu einem Urteile gelangen kann — oder ist es besser, diese Personen zur Beobachtung einer Abteilung für Jugendliche in einer öffentlichen Anstalt zuzuweisen?

Cramer-Göttingen empfiehlt die Angliederung der Beobachtungsstationen an Irrenanstalten oder Kliniken und nicht an Fürsorgeerziehungsanstalten. Denn an den Fürsorgeerziehungsanstalten würde der Psychiater isoliert und ohne lebendige Verbindung mit seinem Fache stehen, auch würde jede Möglichkeit fehlen, die zu Beobachtenden mit anderen zu vermischen.

Kluge-Potsdam: Die Potsdamer Anstalten für Epileptische und Idioten beherbergen zurzeit etwa 190 Fürsorgezöglinge. Diese sind zum Teil aus den Familien direkt, teils aus Erziehungsanstalten zugeführt. Ein großer Teil befindet sich auch zum Zwecke der Beobachtung in Potsdam, und zwar geschieht die Zuweisung seitens der Behörde in allen den Fällen, wo die Akten neu zugehender Zöglinge irgendwelche begründeten Zweifel erkennen lassen, oder aber auch auf Antrag der einzelnen Erziehungsanstalten hin, die bezüglich des Geisteszustandes einzelner Zöglinge Zweifel hegen. Diejenigen Elemente, welche schwerer psychopathisch erscheinen, epileptisch oder imbezill sind, bleiben in der Anstalt und werden auch nach Ablauf der Fürsorgeerziehung nicht entlassen, wenn sie antisozial oder überhaupt anstaltspflegebedürftig sind. Eine große Zahl befindet sich auch in Familienpflege, die vom Arzt kontrolliert wird. Die Arbeit an diesen abnormen Fürsorgezöglingen, die gerade zu den sogenannten Unverbesserlichen gehören, ist eine äußerst interessante und dankbare. Größere Schwierigkeiten verursachen dieselben nicht, im Gegenteil ist ihre Behandlung, wenn sie nach psychiatrischen Grundsätzen erfolgt, eine verhältnismäßig leichte.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alt (Schlußwort): Die allgemeine Zustimmung, welche meine Darlegungen und Forderungen von seiten aller Herren Diskussionsredner gefunden hat, überhebt mich, dem Vorgetragenen etwas hinzuzufügen. Ich danke den Herren für die so wertvolle Ergänzung und Begründung meines Referates, danke namentlich auch der Versammlung, daß sie meinen etwas lang geratenen Ausführungen mit solcher Ausdauer und Aufmerksamkeit gefolgt ist. Dem Herrn Kollegen *Pollitz* kann ich mitteilen, daß in der Tat die Familienpflege gerade bei den Fürsorgezöglingen und Schwachsinnigen mit kriminellen Neigungen sich als ganz promptes Reagens erwiesen hat; manche von ihnen, die in dem geordneten und ständig überwachten Anstaltsleben keinerlei absonderliche Neigung gezeigt haben, begingen in den vollkommen freien Verhältnissen der Familienpflege mit den mancherlei in der Anstalt nicht gebotenen Anreizen und Versuchungen die und jene kleine Untat (z. B. Bäumeabschneiden, Tierquälereien u. dgl.), welche Zeugnis ablegte von ihrer verbrecherischen Anlage. Die Familienpflege ist somit gerade bei jugendlichen Schwachsinnigen ein überaus wertvoller Probierstein.

Die Schlußsätze des *Alt*schen Referates werden von der Versammlung einstimmig angenommen.

2. Sitzung, Freitag, 23. April, nachm. 2 Uhr.

B. Hollander-London: Durch Operation geheilte Psychosen.

Auf Grund von einigen hunderten authentischen Obduktionsberichten, die in dem Anhang seines Aufsatzes detailliert sind, stellte *Hollander* folgende Theorie auf, die es ihm bereits ermöglicht hat, durch Hirnverletzungen, Tumoren und begrenzte Blutergüsse entstandene Psychosen auf operativem Wege — unter Assistenz des Mr. William Turner, Chirurgen am Westminster-Hospital der Londoner Universität — zu heilen.

Wie *Meynert*, *Hitzig*, *Sachs*, *Bolton*, *Bianchi* und *Durante* bereits konstatiert haben, sind die Stirnlappen, besonders die präfrontale Region, für die höheren Verstandestätigkeiten unumgänglich notwendig, und können andere Gehirnteile, wie an in dem Aufsatze zitierten Beispielen gezeigt wird, angegriffen sein, ohne daß der Verstand mehr darunter leidet, als daß höchstens seine Tätigkeit mehr oder weniger gehemmt wird. Durch diese Beziehung des Intellekts zum Stirnhirn kommt es, wie *Meynert*, *Bolton*, *Bianchi* und andere bestätigt haben, daß bei seniler, wie bei jeder anderartigen Demenz, selbst der Dementia paralytica, die betreffenden Hirnwindungen, wenn nicht ausschließlich, so doch am meisten leiden, und daß bei Schwachsinnigen und Idioten die mangelhafte Entwicklung des Frontallappens am entschiedensten ist, während das übrige Gehirn ganz normal sein kann. Andererseits sind bei Erregung der Stirnlappen große Tätigkeit, Ideenflucht, Geschwätzigkeit, euphorisches Wesen, Exaltation, Moria und Witzelsucht (*Oppenheim* und *Jastrowitz*) häufige Symptome.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Erscheinungen haben es in neuerer Zeit ermöglicht, Stirnhirnverletzungen und -tumoren zu lokalisieren, und eine Anzahl von Fällen existiert bereits, in welchen nach Entfernung des Geschwürs oder des Druck ausübenden Knochenstückes die betreffenden Kranken wieder normal wurden.

Auf Grund von zirka 300 Fällen von groben Veränderungen des Scheitellappens durch Verletzungen, Tumoren und Blutergüsse, besonders der Gyri supramarginalis und angularis, glaubt *Hollander* sich zur Annahme berechtigt, daß melancholische Verstimmung von diesem Gehirnteile ausgeht. Schon *Schröder van der Kolk* war dieser Ansicht, und *Mills* fand sie neuerdings bei Tumoren des Scheitellappens; *Jensen* konstatierte dasselbe an 453 Gehirnen von Melancholikern, und *Tigges* (Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1888) desgleichen. Auch *Savage* stellte eine ähnliche Theorie auf, und *Schuster* (Psychische Störung bei Hirntumoren, 1902) macht die folgende Aussage: „Ein Krankheitsbild wie das der chronischen halluzinatorischen Paranoia oder der Melancholie sind im Stirnhirn nicht oft zu finden“, und: es ist „bei Parietaltumoren weder Paralyse, noch Paranoia, noch Manie vorhanden, dagegen gehören sie zumeist den Depressionszuständen an.“

Hollander behauptet, einen schroffen Gegensatz zwischen den Funktionen der hinteren und vorderen Hirnrinde beobachtet zu haben, und gibt Beispiele an von Verletzungen des Parietalhirns, selbst wo keine äußeren Merkmale vor der Operation konstatiert werden konnten. Er zitiert weitere 30 authentische Fälle von operativer Heilung von Melancholie und macht darauf aufmerksam, daß der Herd der sogenannten Seelenblindheit und Wortblindheit in dieser Region bereits zugegeben wird, und daß bei diesen oft melancholische Verstimmung eine Begleiterscheinung ist. In Fällen von Chirurgen, wie *MacEwen*, die bei Seelenblindheit nach Schädelverletzung operiert haben, verschwand auch die Depression.

Bei Wortblindheit tritt oft Melancholie gleichzeitig auf, aber nicht bei Worttaubheit; bei dieser kommen vielmehr Erregungszustände vor. *Hollander* analysiert 500 Fälle von Obduktionsberichten nach psychischen Erregungszuständen, Tobsucht, Zerstörungswut und Mordtendenz (gerichtlich-medizinische Fälle), in welchen Verletzungen des Schläfelappens, Temporal-Tumoren und Blutungen in der Fossa temporalis, und last but not least Entzündung der Membranen nach chronischen Ohrenkrankheiten konstatiert wurden, und gibt eigene und 30 von Anderen operierte Fälle an, in welchen die geistige Gesundheit wieder hergestellt wurde.

Die Tatsache, daß motorische und sensorische Störungen seit drei Jahrzehnten lokalisiert wurden, und die Beobachtungen, die bereits am Stirnhirn gemacht worden sind, sprechen für die Möglichkeit der Lokalisation von psychischen Eigenschaften, und wenn weitere Beobachtung die Ansicht bestätigen sollte, daß Psychosen durch begrenzte Veränderung der Hirnrinde entstehen können und daher lokalisierbar sind — durch


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Toxine und Zirkulationsstörungen, oder durch Degeneration der Hirnrinde entstandene Geisteskrankheiten natürlich ausgenommen —, so ist die Möglichkeit geboten, durch rechtzeitigen operativen Eingriff eine Heilung zu bewirken. Weiter ergibt sich aus dem Aufsatze mit seinem großen klinischen Materiale, daß eine selbständige „traumatische Psychose" keine Existenzberechtigung hat, denn je nach der Hirnregion, welche verletzt wurde, ist die geistige Veränderung eine andere.

Tilmann-Köln: Über Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.

Die Verletzungen des Schädels und des Gehirns haben von jeher ein besonderes Interesse beansprucht, einerseits wegen der Dignität des vom knöchernen Schädel eingeschlossenen Organs, dann weil die klinische Diagnose der anzunehmenden Verletzung dieses Organs auf große Schwierigkeit stößt. Das genaue Studium der Schußverletzung des Schädels hat ergeben, daß die bei dieser Verletzung beobachteten, ausgedehnten Zerstörungen des Schädels nicht Einwirkungen des Geschosses auf den knöchernen Schädel sind, sondern daß vielmehr die Geschoßwirkung auf das Gehirn erst sekundär die enorme Knochenzerstörung hervorruft; während bei entleertem Schädel die Geschosse nur zwei kleine Löcher setzen, bewirken sie beim Vollschädel eine Zersprengung der ganzen Schädelkapsel.

Sehr einfach liegt das Verhältnis der Knochenverletzungen zu denen des Gehirns bei den Verletzungen mit scharfen Instrumenten, bei Stich- und Schnittwunden des Gehirns. Hier muß der knöcherne Widerstand überwunden werden, ehe das Gehirn verletzt sein kann. Und über die Verletzung des Gehirns haben wir eine bestimmte Vorstellung, indem das scharfe, schneidende Instrument nur die direkt getroffenen Hirnteile auseinander drängt, das übrige Hirn dagegen intakt läßt.

Bedeutend schwieriger liegt die Sache bei der Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Schädel. Es ist hier nicht so einfach, über die mechanischen Verhältnisse Klarheit zu gewinnen, da die einwirkenden Gewalten weder nach der Größe ihrer Angriffsfläche noch nach ihrer Geschwindigkeit sich bestimmt beurteilen lassen. Nur bei dem Fall des Körpers auf den Kopf läßt sich aus der Fallhöhe und dem Gewicht des fallenden Körpers die in Funktion tretende Kraft bestimmt abschätzen. Und doch wäre es ein großer Gewinn, wenn man aus der Feststellung der Mechanik der einwirkenden Gewalt bei jedem Trauma einen Schluß ziehen könnte auf die Verletzung des Gehirns. Es ist ja bekannt, daß ausgedehnte Verletzungen der Schädelknochen stattfinden können, ohne daß das Gehirn irgendwie in Mitleidenschaft gezogen ist; andererseits sind zahlreiche Fälle festgestellt, wo Verletzungen des Gehirns vorliegen, ohne daß am knöchernen Schädel eine Verletzung nachweisbar wäre.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stellt man nun alle in der chirurgischen Kasuistik bisher bekannten Traumen zusammen, so ergeben sich folgende Rubriken:

1. Pressung des Schädels zwischen 2 Widerständen, zum Beispiel zwisches Wagen und Wand, zwischen den Puffern zweier Wagen oder, was dasselbe ist, langsame Druckwirkung auf den aufliegenderr Schädel.

Bei diesen Verletzungen wird auf dem fest aufliegenden Schädel ein langsamer nicht stoßweise wirkender Druck ausgeübt. Es werden sich dann nach dem schon bekannten Gesetze Biegungen und Berstungsbrüche ausbilden. Das Gehirn wird die Formveränderung des Schädels mitmachen müssen, dabei aber keine weitere Schädigung erleiden, als die vorübergehende Veränderung seiner Form. Wird der Schädel zertrümmert, dann wird auch das Gehirn zermalmt, aber nur durch die direkte Einwirkung der Knochensplitter. Vortragender hat selbst den Fall beobachtet, daß ein Kind, welches von einem Wagen überfahren war, aufstand, zu Fuß zum Arzt kam, trotzdem man die Knochen seines Schädels unter Krachen gegeneinander bewegen konnte.

2. Unter die zweite Gruppe gehören die Fälle von plötzlichem Stoß oder Schlag auf den aufliegenden Schädel. Bei leichten Schlägen wird die Kraft mit der Kompression der Haut erschöpft sein, dann erst kommt die Wirkung auf die Knochen zur Geltung. Der Schädelknochen besteht aus zwei Knochenlamellen mit dazwischen liegender spongiöser Substanz. Erst wenn diese Widerstände überwunden sind, wird der Knochen in das Schädelinnere eingedrückt und werden die von den Knochen direkt getroffenen Hirnpartien zertrümmert. Eine Beteiligung des Gesamthirns (Gehirnerschütterung) findet bei diesen Verletzungen in der Regel nicht statt.

3. Plötzlicher Stoß oder Schlag auf den frei schwebenden Schädel. Bei diesen Verletzungen wird die angreifende Gewalt dem freischwebenden Schädel zunächst seine eigene Geschwindigkeit mitteilen und wird bestrebt sein, den Schädel zur Seite zu schleudern. Infolge des Beharrungsvermögens wird das im Schädel befindliche Gehirn zunächst gegen die getroffene Seite des Schädels anschlagen und dann erst die übertragene Bewegung mitmachen. Wenn dann der Verletzte durch Muskelzug den zur Seite geschleuderten Schädel in der ihm mitgeteilten Bewegung hemmt, dann dauert es eine Zeit, bis das Gehirn diese neue Hemmung annimmt; es wird infolgedessen auch gegen die entgegengesetzte Seite der Schädelkapsel anschlagen. Nur auf diese Weise lassen sich die bei unverletztem Schädel vorkommenden Quetschungen des Gehirns erklären. Die Zerebro-Spinalflüssigkeit ist nicht nur nicht die Ursache der Hirnzerstörung, sondern im Gegenteil dient sie noch als besonderer Schutzmantel des Gehirns, da sie infolge ihres geringeren spez. Gew. alle Bewegungen des Kopfes schneller annimmt und deshalb stets als Polster den Stoß der Gehirnsubstanz gegen den Knochen mildert.

Ist die einwirkende Gewalt mit großer Geschwindigkeit ausgestattet und ist gleichzeitig ihre Angriffsfläche nur klein, dann kann es vorkomme


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß der getroffene Schädel nicht zur Seite geschleudert wird, und zwar tritt dies dann ein, wenn die Gesamtstärke der angreifenden Gewalt größer ist als die Kohäsionskraft der Schädelknochen. Dann sind wiederum die mechanischen Verhältnisse dieselben wie bei der Einwirkung eines plötzlichen Stoßes auf den unterstützten Schädel. In diesen Fällen handelt es sich dann nur um eine Verletzung der direkt getroffenen Hirnpartie ohne Beteiligung des Gesamthirns. So ist es bekannt, daß nach Hufschlägen gegen die Stirn Zertrümmerungen des Knochens vorkommen mit gleichzeitiger Zertrümmerung des Stirnhirns, ohne daß irgendwelche Zeichen einer Beteiligung des Gesamthirns vorliegen. Auch ist bekannt, daß bei Stockschlägen, welche eine Impressionsfraktur machen, häufig keine Gehirnerschütterung beobachtet wird. Hat aber die angreifende Gewalt eine breite Angriffsfläche und findet eine Zertrümmerung des Knochens nicht statt, dann beobachtet man, gerade im Gegensatz zu dem vorher erwähnten, bei unverletztem Knochen eine Beteiligung des Gesamthirns, die durch Bewußtseinsstörung und die sonstigen Symptome der Gehirnerschütterung zum Ausbruch kommt.

4. Fall aus mehr oder weniger großer Höhe.

Bei dieser Verletzung handelt es sich stets um Beteiligung des Gesamthirns. Schwere Störungen des Bewußtseins sind die Regel. Durch die im Moment des Aufschlagens stattfindende Hemmung der Fallbewegung des Körpers wird die aufschlagende Knochenstelle nicht nur allein, sondern der Gesamtschädel in Mitleidenschaft gezogen. Das Gehirn, das lose im Schädel sitzt, kann infolge seines Beharrungsvermögens die Hemmung nicht sofort annehmen und wird infolgedessen gegen die Aufschlagstelle aufschlagen und die im Knochen bereits vorhandenen Sprünge zum Klaffen bringen und dadurch die Knochenzerstörung verschlimmern. Ist die Festigkeit der Aufschlagstelle des Schädels zu groß, so daß diese Wirkung des Gehirns nicht stattfinden kann, dann wird das Gehirn notwendigerweise wieder zurückschlagen müssen und gegen die entgegengesetzte Schädelwand anschlagen. So beobachtet man bei den Fallverletzungen häufig nicht nur an der Aufschlagstelle, sondern auch an der gegenüberliegenden Stelle des Gehirns eine oberflächliche Zerstörung der Substanz.

Aus der Zusammenstellung dieser 4 Gruppen ergibt sich, daß bei jeder einzelnen die physikalischen Momente der Mechanik der Verletzung verschieden sind. Man wird für den Fall, daß es möglich ist, die Art und den Ablauf der Gewalteinwirkung in jedem einzelnen Falle festzustellen, auch in der Lage sein, sich ein wahrscheinliches Bild zu machen über die anzunehmenden Hirnzerstörungen. Vortragender erläutert die vorstehenden Erörterungen durch Hinweis auf zahlreiche von ihm angestellte Versuche, welche als Basis für die wissenschaftliche Feststellung gedient haben.

Für die Praxis sind diese Tatsachen nur von Bedeutung, wenn das Trauma ein relativ leichtes ist und das Leben nicht direkt bedroht. Aber das sind gerade die Fälle, welche in ärztliche Behandlung kommen und der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diagnosen- und Prognosenstellung die größten Schwierigkeiten bereiten.

E. Beyer-Roderbirken: Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt.

Nachdem die Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke zu Roderbirken bei Leichlingen am 1. Januar 1909 in den Besitz der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übergegangen ist, steht zu hoffen, daß auch in andern Provinzen und Staaten von amtlicher Seite der Errichtung von Nervenheilstätten näher getreten wird.

Aus den Veröffentlichungen des letzten Jahres (*Rehm, Beelitz, S. Auerbach, Oberdörffer*) wie auch aus der früheren Literatur geht immer wieder hervor, daß die Meinungen der Fachleute, sowohl der Vertreter der Anstaltspsychiatrie, als auch der in der freien Praxis stehenden Nervenärzte, über die den Nervenheilstätten zu gebende Verfassung noch nicht einig sind und hauptsächlich auseinandergehen in der Frage über die Stellung der Nervenheilstätten zu den Irrenanstalten. Auf der einen Seite fordert man Nervenheilstätten in der Art der allgemeinen Sanatorien, auf der andern Seite will man sie, ungefähr im Sinne einer „offenen Abteilung", in engerer oder weiterer Angliederung an die Irrenanstalten errichten. Es fragt sich daher, ob dieses Auseinandergehen der Bestrebungen, das an sich gewiß nicht wünschenswert ist, durch die tatsächlichen Bedürfnisse begründet und notwendig ist.

Die Verschiedenheit der Anforderungen, welchen die Nervenheilstätte entsprechen soll, ist zunächst bedingt durch gesetzliche Bestimmungen und staatliche Einrichtungen, welche zur Versorgung von Geisteskranken und von Nervenkranken teils verpflichtet, teils berechtigt sind und bei der Beschränkung auf die eine dieser Krankengruppen oft mehr oder minder scharf gegen die andre sich ablehnend verhalten. Die staatliche oder provinziale Irrenfürsorge, die Heilverfahren der Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften haben bezüglich der Nervenkranken ganz verschiedene Interessen wahrzunehmen.

Aber auch das ganze Krankenmaterial, das sich zur Behandlung und Verpflegung in der Nervenheilstätte eignet, ist kein einheitliches, das in einer einzigen Heilstättenart voll vereinigt werden könnte. Die Nervösen einerseits und die „sogenannten Nervenkranken", die Psychopathen und leicht Psychischkranken, andererseits passen schlecht zusammen und müssen bezüglich der ärztlichen Behandlung ganz verschieden gehalten werden, so daß ein gemeinsamer Betrieb nicht durchführbar ist.

Endlich muß man auch mit den Auffassungen des Publikums rechnen, in dessen Augen „nervenkrank" ungefähr gleichbedeutend ist mit „geisteskrank". Die Nervenheilstätte gilt bei vielen einfach als eine mildere Art von Irrenanstalt und wird mit den gleichen Vorurteilen beehrt. Bei den aus dem Publikum kommenden Aufnahmeanträgen handelt es sich daher zum großen Teil um Psychosen, während andrerseits die Nervösen, für die



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gerade die Nervenheilstätte bestimmt ist, vielfach sich scheuen, hinzugehen.

Aus alledem ergibt sich, daß es zwei Formen von Nervenheilstätten geben kann: einerseits Heilstätten für die nervösen und erholungsbedürftigen Kranken, die nur als besondere Anstalten nach Art der Sanatorien denkbar sind, und andererseits Heilstätten für schwerere Nervenkranke, sowie für Psychopathen und leichte Psychosen, deren Anfangsstadien, Remissionen und Rekonvaleszenzen, die in näherer Beziehung zu Irrenanstalten stehen werden. Beiden Formen muß man ihre Existenzberechtigung zuerkennen, und man wird der Sache der Nervenheilstätten am besten dienen, wenn man die Bestrebungen nach beiden Richtungen hin fördert.

(Der Vortrag erscheint in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.)

Diskussion. — *Simon*-Warstein teilt mit, daß die Angliederung einer Nervenabteilung an eine westfälische Irrenanstalt vorläufig über das Stadium der Erwägung noch nicht hinausgelangt sei, aber hoffentlich zustande kommen werde. Er könne die Bedenken, die von verschiedener Seite gegen eine solche Angliederung geltend gemacht werden, nicht teilen, sofern nur dafür gesorgt werde, daß der Heilzweck gegenüber den Nervenkranken nicht beeinträchtigt wird. Dazu gehöre, daß eine gewisse räumliche Trennung der Nervenabteilung von den Abteilungen für Geisteskranke stattfinde, damit es den Nervenkranken möglich sei, jede Berührung mit geisteskranken Anstaltsinsassen zu vermeiden. Ferner müsse das zur Verfügung stehende Gelände die Voraussetzungen für ein Nerven-Sanatorium (gesundes Klima, Möglichkeit zu Beschäftigung und zu Spaziergängen in waldiger Gegend) bieten, und endlich müsse in der ärztlichen Versorgung den besonderen Anforderungen der Nervenkranken Rechnung getragen werden. Wenn nur den Nervenkranken die für ihre Gesundung nötigen Vorbedingungen geboten werden, dann komme es nicht darauf an, ob das Haus, in dem sie untergebracht sind, im Anschluß an eine Irrenanstalt erbaut sei oder an einer beliebigen anderen Stelle stehe. Wirtschaftlich biete aber der Anschluß an eine große Anstalt bedeutende Vorteile, und darauf komme es bei der Fürsorge für minderbemittelte Nervenkranke sehr an.

M. Laehr-Haus Schönow: Das hier angeregte Thema ist, wie mir scheint, von großer Bedeutung für die weitere und vor allem raschere Entwickelung der Heilstättenfrage. Wenn an manchen Orten eine auffallende Verzögerung in der Verwirklichung der geplanten Heilstätte zu bemerken ist, so trägt hieran vielleicht wesentlich die hierin zum Ausdruck kommende Uneinigkeit der Sachverständigen, d. h. der Psychiater und Neurologen, die Schuld. Ich möchte deshalb davon abraten, durch Forderung der Angliederung von Nervenabteilungen an Irrenanstalten eine weitere Verzögerung herbeizuführen; wenigstens, wenn damit größere Abteilungen gemeint sind im Sinne der jetzt bestehenden Nervenheilstätten. Wenn


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solche aus wirtschaftlichen Gründen auf dem Terrain großer Irrenanstalten errichtet werden sollen, dann müssen sie wenigstens unabhängig von diesen organisiert werden, d. h. der leitende Arzt muß volle Selbständigkeit erhalten, und dem Betrieb muß entsprechend den besonderen Indikationen für die Bedürfnisse Nervenkranker seine Unabhängigkeit und Eigenart gewahrt werden.

von Ehrenwall-Ahrweiler führt aus, daß nach seiner fast 30 jährigen Erfahrung dem Nebeneinanderbestehen einer Nervenheilstätte und einer Irrenanstalt keinerlei Bedenken entgegenstehen. Es müssen nur zwei räumlich getrennte Anstaltsgruppen mit entsprechenden Gärten, Sälen, Ärzten usw. errichtet werden unter einer gemeinsamen ärztlichen Oberleitung. Dadurch, daß die Ökonomie-Baulichkeiten beiden Anstaltszwecken dienen, ebenso die Organe der Verwaltung, verbilligen sich die Gesamtunkosten. Das Nebeneinanderbestehen der beiden Anstalts-Kategorien hat für die Angehörigen den Vorteil, daß die Scheu vor dem Anstaltswesen mehr schwindet, für die Kranken, daß im Falle einer Verschlimmerung des nervösen Zustandes nach der psychischen Seite hin rasch eine Dislozierung bewerkstelligt werden kann, und endlich für die Ärzte, indem dieselben Gelegenheit haben, sich in dem gesamten Gebiete der Neurosen und der Psychosen und namentlich bezüglich der Grenzfälle praktisch zu betätigen.

Peretti-Grafenberg warnt davor, zweierlei Kategorien von Nervenheilstätten aufzustellen, weil man dadurch bei den Behörden, Versicherungsanstalten usw. sich Schwierigkeiten schaffe. Vorerst sei die Errichtung weiterer Heilstätten, deren zweifellos zu wenig vorhanden sind, im allgemeinen anzustreben.

Beyer: Ich habe in meinem Vortrage nicht alle Einzelheiten vorbringen und begründen können, sondern nur die verschiedenen Anforderungen und tatsächlichen Schwierigkeiten skizzieren wollen. Die beiden Richtungen der Nervenheilstättenbestrebungen sind nun einmal vorhanden, und eine kann die andere nicht ersetzen. Ich bedaure, daß in der Diskussion nicht auch ein praktischer Nervenarzt zu Wort gekommen ist, der einen Standpunkt etwa wie *S. Auerbach* vertreten hätte; das wäre sehr förderlich und klärend gewesen.

Herrn *Simon* erwidere ich, daß die Fernhaltung aller ins eigentliche psychiatrische Gebiet fallenden Kranken von der Nervenheilstätte einfach unmöglich ist. Für solche Kranke, die einer geschlossenen Anstalt nicht bedürfen, muß aber doch auch gesorgt werden. Für sie eignet sich eben eine Heilstätte im Anschluß an eine Irrenanstalt, entsprechend den offenen „Nervenabteilungen“ der Privatirrenanstalten, in denen auch die Psychischkranken reichlich vertreten sind, ja vielleicht überwiegen. Solche den Irrenanstalten angegliederte Nervenheilstätten werden aber wiederum von den eigentlichen Nervösen grade nicht besucht werden, auch nicht bei räumlichem Abstand; man muß also trennen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daß die Nervenheilstätten unter psychiatrische Leitung gehören, ist ein Standpunkt, den auch ich von jeher vertreten habe.

Reich-Herzberge: Über Unterschiede im Bau der zentralen und peripheren Nervenfaser auf Grund mikrohistiochemischer Untersuchungen.

Unter Mikrohistiochemie versteht Vortr. eine Methode, die er seit einer Reihe von Jahren anwendet, und die sich zum Ziele setzt, die chemische Natur der feinen Gewebsbestandteile, welche durch die neueren histologischen Methoden dargestellt werden, zu erforschen. Die Methode besteht im wesentlichen in einer Verbindung der modernen Härtungs- und Färbungsverfahren mit den Ergebnissen der physiologisch-chemischen Untersuchung. Sie geht einmal aus von dem Gewebe, dessen Veränderungen unter dem Einflusse der Härtungs- und Färbungsmittel systematisch untersucht werden, sodann von dem physiologisch-chemischen Präparat. Er werden aus den Geweben die uns bekannten physiologisch-chemischen Bestandteile zunächst in möglichst reinem Zustande dargestellt und dann denselben Härtungs- und Färbungsverfahren unterworfen, die für die Gewebe angewendet werden. Wird auf diesem Wege festgestellt, daß gewisse Gewebsbestandteile sich den Härtungs- und Färbungsmitteln gegenüber gleichartig verhalten, so ist damit zunächst nur die Möglichkeit gegeben, daß wir im Gewebe denselben Stoff vor uns haben, wie im physiologisch-chemischen Präparat. Wieweit eine wirkliche Identität vorliegt, muß dann durch Anwendung weiterer mikrochemischer Verfahren auf das Gewebe entschieden werden. Als solche Verfahren kommen im wesentlichen in Betracht die Feststellung der Löslichkeit in kaltem und kochendem Wasser, in Salzlösungen, verdünnten Säuren, verdünnten Alkalien, in Alkohol, Äther, Terpentinöl, Chloroform usw. Auch die Temperatur, bei welcher sich die einzelnen Gewebsbestandteile in den Flüssigkeiten lösen, kann von entscheidender Bedeutung sein. Weiter kommt in Betracht das Verhalten der Gewebe gegen die Verdauung und zwar sowohl gegen Trypsin als gegen Pepsin, fernerhin auch das Verhalten im polarisierten Licht und eventuell die Bestimmung des Schmelzpunktes und ähnliches. Es kann hier nicht der Ort sein, im einzelnen anzugeben, wie sich die verschiedenen Verfahren gestalten.

Objekt der Untersuchungsmethode auf dem Gebiete des Nervensystems sind in erster Linie die verschiedenen uns bekannten Markstoffe, insbesondere das Lezithin und Protagon, die Eiweißstoffe, die Fettstoffe, das Pigment der Zellen in seinen verschiedenen Spielarten, die Tigroidschollen der Ganglienzellen, das Neurokeratin und die Neurofibrillen. Soviel über den Arbeitsplan im allgemeinen.

Vortr. will zur Zeit auf ein beschränktes Thema eingehen, nämlich auf einen ganz bestimmten und prägnanten Unterschied in dem Bau der zentralen und peripheren Nervenfaser. Wie *Reich* schon vor einer Reihe von Jahren nachgewiesen hat, existieren im peripheren Nervensystem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spezifische Nervenfaserzellen von ganz charakteristischem und sehr kompliziertem Bau. Es wird zunächst an einem Schema der Bau dieser Zellen erläutert und sodann an einer Reihe von Mikrophotogrammen im einzelnen demonstriert. Das Ergebnis ist folgendes:

Jedes zwischen zwei *Ranvier*schen Schnürringen gelegene Fasersegment erscheint auf den Präparaten als eine langgestreckte, spindelförmige Zelle, in deren Mitte der Achsenzylinder liegt. Das Neurokeratin bildet eine Scheide, die einerseits das Mark von außen umgibt, andererseits durch das Mark hindurch Fortsätze nach innen entsendet, die sich um den Achenzylinder herum zu einer zentralen Scheide vereinigen. Entsprechend der Mitte des interannulären Segmentes bildet die äußere Neurokeratin-Scheide um den Kern der Nervenfaserzelle herum (*Ranvier*scher Kern) ein Netzwerk; in diesem Netzwerke liegen die spezifischen Granulationen der Nervenfaserzelle. Es handelt sich dabei um zwei vollkommen verschiedene, von *Reich* in ihrem chemischen und färberischen Verhalten genau charakterisierte Granulationen, von denen er die eine, mit basischen Farbstoffen sich färbende als protagonartige, die andere, insbesondere durch Verwandtschaft zum Säurefuchsin charakterisierte, als myelinartige ihrer Form nach, als lezithinartige ihrem chemischen Verhalten nach bezeichnet hat. Auch der Kern der Zelle hat ganz charakteristische Eigentümlichkeiten in der Form und im färberischen Verhalten. Die Methoden, die sich zur Darstellung der spezifischen Strukturen am geeignetsten erwiesen haben, sind veröffentlicht in den Sitzungsberichten des psychiatrischen Vereins zu Berlin (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 64, S, 873 f.). Die Bilder, die man mit Hilfe dieser Methode erhält, sind sehr in die Augen fallende und eindeutige. Dabei ist die Methode der Darstellung eine durchaus leicht und einfach zu handhabende, und die Strukturen sind mit der größten Regelmäßigkeit an jedem peripheren Nerven des erwachsenen Menschen, sowie an jeder Nervenwurzel aufzufinden.

Untersucht man mit denselben Methoden das zentrale Nervensystem, so ergibt sich die überraschende Tatsache, daß hier der spezifische Bau der Nervenfaserzelle fehlt. Die Zellen mit den charakteristischen π- und μ-Granula werden sowohl im Rückenmark wie auch im Gehirn durchweg vermißt. Sie fehlen dementsprechend auch in denjenigen Nerven, die den Bau des zentralen Nervensystems zeigen, also im Olfactorius und Opticus. Man erhält sehr prägnante Bilder, wenn man einen Querschnitt durch das Rückenmark mitsamt den zugehörigen Nervenwurzeln macht. Man sieht dann in den Nervenwurzeln überall in regelmäßiger Verteilung die Zellen mit den spezifischen π-(protagonartigen) und μ-(myelinartigen) Granula, während man im Rückenmark nichts davon bemerkt. Noch deutlicher tritt der Unterschied zutage, wenn man die Eintrittsstellen der Nervenwurzeln in das Zentralnervensystem untersucht. Hier sind die Zellen mit den charakteristischen Granulationen genau bis zur Grenze deutlich zu verfolgen, dann hören sie auf einmal vollständig auf. Die Grenze ist eine ganz scharfe und ohne weiteres


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

in die Augen fallende, wie an Mikrophotogrammen vom Eintritte des Trigeminus und Fazialis dargetan wird. Der Unterschied ist ungemein deutlich, und Vortr. hat deswegen geglaubt, ihn demonstrieren zu müssen. Dies ist aber nicht der einzige Unterschied, der zwischen den zentralen und peripheren Nervenfasern besteht, vielmehr ergibt die genauere Untersuchung, daß auch das Mark selbst in der peripheren und zentralen Faser bezüglich seiner chemischen Beschaffenheit nicht unerheblich differiert. Auch im zentralen Nervensystem selbst wiederum zeigen die einzelnen Fasersysteme in ihrem färberischen Verhalten eine ganze Reihe spezifischer Unterschiede, deren Ergründung noch eines genaueren Studiums bedarf. Es sei in dieser Hinsicht auch an Befunde *Bethes* erinnert.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, daß der Unterschied im Bau der Zelle des zentralen und peripheren Nerven zwar sehr deutlich, aber anscheinend doch nicht absolut ist. Die ausgebildeten Nervenfaserzellen mit ihren ungemein komplizierten spezifischen Strukturen finden sich im zentralen Nervensystem normalerweise nie, hin und wieder aber findet man doch auch im zentralen Nervensystem wenigstens spurweise Andeutungen von dem, was das periphere Nervensystem so deutlich zeigt. Der Unterschied ist also, so augenfällig er ist, doch wohl nur ein gradueller und nicht ein prinzipieller.

3. Sitzung, Sonnabend, 24. April 1909, vorm. 9 Uhr.

Aus dem Vorstand scheiden satzungsgemäß *Pelman* und *Kräpelin* aus. Es wird vorgeschlagen, beide Herren durch Zuruf wiederzuwählen. *Pelman* lehnt jedoch mit Rücksicht auf sein Alter die Wiederwahl ab und *Kräpelin* erhebt Einspruch gegen die Wahl durch Zuruf. Es wird daher zur Zettelwahl geschritten mit dem Ergebnis, daß *Kräpelin* wiedergewählt und als neues Vorstandsmitglied *Cramer*-Göttingen gewählt wird.

Der Antrag, *Pelman* und zugleich *Weber*-Sonnenstein zu Ehrenmitgliedern des Vereins zu ernennen, wird unter lebhaftem Beifall einstimmig angenommen.

Hierauf gibt *Kreuser* im Anschluß an seinen gedruckt vorliegenden Rechenschaftsbericht eine Übersicht über die Kassenverhältnisse, und die Versammlung erteilt ihm mit Dank für seine Mühewaltung Entlastung.

Hans Laehr berichtet im Auftrag des Vorstandes über den Stand der *Heinrich Laehr*-Stiftung, deren Vermögen sich im letzten Jahre von 112 349 Mk. auf 123 583 Mk. vermehrt hat. Ein Stipendium zu einer Reise nach Algier zu Studien über die Paralyse ist bewilligt worden, doch erfolgt Auszahlung und Berechnung erst im kommenden Rechnungsjahr. Dem Stiftungsvorstand wird auf Grund der von *Cramer* und *Grahl* geprüften und richtig befundenen Rechnungsablegung Entlastung erteilt.

Der Vorschlag, die Kommission für Strafgesetzgebung auf die Dauer bestehen zu lassen unter Hinzuwahl von vier weiteren Mitgliedern, wird angenommen. Sie soll die einschlägige Gesetzgebung nacheinander in


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Angriff nehmen und in jedem Jahre über einen Teil des Materials berichten. Als neue Mitglieder werden *Hoche*-Freiburg, *Longard*-Sigmaringen, *E. Schultze*-Greifswald und *Vocke*-Eglfing hineingewählt. Die Anträge *v. Ehrenwall* (strafrechtliche Verfolgung von Wärtern bzw. Entführung von entmündigten Geisteskranken), *Weygandt* (betr. Verführung von Minderjährigen zum Trunk), *Friedländer* (betr. § 300 BGB.) und *Fischer* werden der Kommission überwiesen.

Es folgt das

3. Referat: Vorschläge zur Änderung der Strafgesetzgebung. Zum Entwurf der Strafprozeßordnung. — Es liegen gedruckte Leitsätze vor. Nach einleitenden Worten von *Moeli* begründet *Cramer* den allgemeinen Teil und These 4 des besonderen Teils, *Aschaffenburg* die übrigen Leitsätze. Die Versammlung beschließt, Herrn Geh.-Rat Prof. *Liszt*-Berlin für seine beratende und fördernde Mitwirkung ihren Dank auszusprechen.

Diskussion. — Zu These 1[1]) fragt *Weber*-Sonnenstein an, in welcher Weise dem Richter Kenntnis davon gegeben werden soll, welche Ärzte als genügend sachverständig anzusehen sind; ob etwa Listen geführt werden sollen?

Cramer-Göttingen glaubt nicht, daß sich hier Schwierigkeiten ergeben werden. Der Richter kann sich leicht ohne Listen bei den in Betracht kommenden Behörden orientieren.

Heilbronner-Utrecht tritt dafür ein, in These 1 (Ausbildung des psychiatrischen Sachverständigen) eine Minimalausbildungszeit wenigstens als Wunsch aufzunehmen. Eine zweijährige Zeit, wie auch *Cramer* als wünschenswert bezeichnete, erscheint nicht zu lange. Sie würde auch dem Sachverständigen selbst einen Anhalt dafür geben, wie viel er sich zuzutrauen hat.

Alt-Uchtspringe schlägt vor, von einer Zeitbestimmung abzusehen und eine „ausreichende" praktische Tätigkeit in einer geeigneten Anstalt zu fordern. Er glaubt, daß die Verteidigung sich wohl erfolgreich dagegen wenden würde, wenn die Richter nicht ausreichend ausgebildete Sachverständige wählen. Besondere Listen der Sachverständigen einzureichen empfiehlt sich nicht.

Pollitz-Düsseldorf: These 1 enthält meiner Ansicht nach nichts, was in direktem Zusammenhang mit der Strafprozeßordnung steht. Wie man die zukünftigen Psychiater und Richter ausbilden soll, ist eine Sache, die wohl den Unterrichtsminister interessieren könnte, aber mit der Justizreform direkt nichts zu tun hat. Im übrigen wird man dem hier aufgestellten Programme noch gar manches, wie Verwaltungsgesetze, Gerichts-

[1]) s. S. 684.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entscheidungen u. a. m. beifügen müssen, und es wäre wohl der Erwägung wert, für die Ärzte allgemein eine Einführung in die für den Arzt wichtigsten Gesetzesbestimmungen in das Studium einzufügen. Ob der juristisch gebildete Psychiater und die psychiatrisch gebildeten Juristen immer besser zusammenarbeiten werden, wie ein erfahrener Gutachter unter den Bedingungen der gegenwärtigen Ausbildung, wenn alle Beteiligten ihre Aufgabe richtig auffassen, erscheint recht zweifelhaft. Gegen Herrn *Aschaffenburg* bemerke ich ausdrücklich, daß ich in meiner fünfjährigen Tätigkeit in der Kriminalirrenabteilung zu Münster keineswegs die schlechten Erfahrungen mit dem Personal gemacht habe, wie er sie hier geschildert hat.

These 1 wird mit der von *Alt* vorgeschlagenen Änderung angenommen, These 2 ohne Diskussion. Zu These 3[1]) bemerkt

Vocke-Eglfing: In Bayern bestehen zwei Gebührenordnungen: eine für beamtete, eine für alle nicht beamteten Ärzte. „Beamtete Ärzte" im Sinne der betr. Gebührenordnung sind nur die Landgerichtsärzte und die bei den Verwaltungsbehörden angestellten Amtsärzte. Die Anstaltsdirektoren und Oberärzte sind also nicht beamtete Ärzte, obwohl sie in Bayern vom Landesherrn als Kgl. Beamte ernannt werden, und genießen daher die günstigere Gebührenordnung für die nicht beamteten Ärzte.

Diese Frage berührt übrigens eigentlich die Str.-P.-O. nicht, sondern wir müssen sehen, bei den einzelnen Staatsverwaltungen eine günstigere Gebührenordnung zu erreichen.

Cramer-Göttingen erklärt sich mit der Streichung der These an dieser Stelle einverstanden. Die Versammlung beschließt demgemäß.

These 4 und 5 (nach Wegfall von These 3 also: 3 und 4), die Bemerkung zu § 351 und die ersten zwei Thesen des 2. Teils („Einzelnes") werden ohne Diskussion angenommen. Zu These 3 (des 2. Teils) bemerkt *Kreuser*-Winnental: Diese These liegt auch im juristischen Interesse, da

---

[1]) These 3 lautete: Die Gebühren des ärztlichen Sachverständigen dürfen nicht geringer sein, als die anderer Sachverständiger. Es ist deshalb zu verlangen, daß die Bestimmungen für die Gerichtsärzte nicht auf die anderen Ärzte ausgedehnt werden.

B e g r ü n d u n g : Die psychiatrischen Gutachten sind in der Regel sehr schwierig und besonders verantwortlich. In den meisten Fällen verlangen sie ein umfangreiches Aktenstudium und wochenlange Beobachtung. Die durch die Gebührenordnung als Norm hingestellte Zahl von 3 Vorbesuchen ist in allen den Fällen, in denen eine Beobachtung gemäß § 80 stattfindet, durchaus unzureichend. Es ist standesunwürdig, wenn der Stundenlohn für die verantwortliche Arbeit, wie es sehr häufig vorkommt, auf 1 Mark und weniger herabsinkt, zumal die Sachverständigen auf allen anderen Gebieten höhere Gebühren erhalten. Die Berechtigung der Gerichte, besondere Abmachungen mit den Sachverständigen zu treffen, ist in der jetzt bestehenden Form unzulänglich.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einstellung auf Grund des § 51 ohne Feststellung der Täterschaft die Ermittelung des wirklichen Täters erschweren kann.

Die Versammlung stimmt der These 3 des 2. Teils zu, ebenso den Thesen 4, 5 und 6. Es folgt Beratung von These 7[1]).

Alt-Uchtspringe bittet diese These auf den 1. Satz zu beschränken, also von „Hat der Zeuge selbst" ab alles fortfallen zu lassen. Er fürchtet größte Schädigung der Gesundheit vieler Menschen, es würde sehr oft mißbräuchlich Beobachtung des Geisteszustandes beantragt, wo es nicht angebracht ist. Dadurch wurde viel unnütze Aufregung, ja direkte Gesundheitsschädigung bedingt. Wir Ärzte haben in erster Linie den Grundsatz zu berücksichtigen: nihil nocere.

Moeli: Es fragt sich nur, ob vielleicht die These durch Aufnahme der eingeklammerten Stelle soweit gemildert wird, daß sie unbedenklicher wird.

Cramer-Göttingen schlägt vor, die These nur in ihrem ersten Satze anzunehmen.

Knecht-Ückermünde: Die Fassung, die der Antrag *Alt* der These gibt, ist nach meinem Gefühl die einzige, in der wir die These annehmen können. In ihrer jetzigen Fassung sind wir Psychiater zwar gewiß von ihrer Wichtigkeit überzeugt, aber, von uns abgesehen, würde der Antrag auf Beobachtung eines Zeugen einen Schrei der Entrüstung hervorrufen, der die Berücksichtigung der übrigen Thesen gefährdet. Ich glaube, wir müssen uns aus taktischen Rücksichten durchaus auf das Erreichbare beschränken und alles sonst Wünschenswerte zurückstellen. Deshalb bitte ich Sie dringend, den Antrag *Alt* anzunehmen und alle weitergehenden Wünsche abzulehnen.

---

[1]) Dieselbe lautete: Gibt der Geisteszustand eines Zeugen zu Bedenken Anlaß, so ist ein Sachverständiger zur Beobachtung und Begutachtung zu bestellen. Hat der Zeuge selbst das Verbrechen angezeigt oder den Antrag auf Strafverfolgung gestellt, so kann das Gericht zur Vorbereitung eines Gutachtens auf Antrag eines Sachverständigen und nach Anhörung eines dem Zeugen zur Wahrung seiner Interessen zu bestellenden oder von ihm gewählten Anwaltes (bei Einverständnis des Zeugen) anordnen, daß der Zeuge (er) in einer Anstalt beobachtet werde.

Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Diese hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten.

Begründung: Es muß gesetzlich die Möglichkeit benutzt werden, einen Zeugen auf seinen Geisteszustand untersuchen zu können.

Die Maßregel, die nur als eine seltene Ausnahme gedacht ist, wäre auf solche Personen zu beschränken, auf deren Veranlassung die Strafverfolgung eingeleitet worden ist, oder die als einzige Zeugen in ernsten Fällen (Sittlichkeitsverbrechen, Mord, Brandstiftung und Meineid) für den Ausgang ausschlaggebend sind.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aschaffenburg-Köln hat sich den schweren Bedenken, die der Formulierung des Paragraphen entgegenstehen, nie verschlossen. Besonders beachtenswert erscheint ihm das immer wieder vorgebrachte Bedenken, es könnte in Zukunft der Verteidiger die geistigen Fähigkeiten jedes Zeugen anzweifeln. Doch ist dieses Bedenken tatsächlich wohl von geringer Bedeutung. Dieses Recht steht dem Verteidiger ja heute schon zu und wenn, *Alts*Vorschlag entsprechend, nur der erste Teil unseres Paragraphen zur Annahme kommen würde, so würde die Beanstandung der geistigen Klarheit der Zeugen noch leichter möglich sein. In dem Falle erscheint es *A.* praktischer und richtiger, überhaupt auf den ganzen Paragraphen zu verzichten, der ohne die zweite Hälfte ganz unwesentlich geworden ist. Wie soll denn in Zukunft der Sachverständige einen Fall beobachten, wenn der zu Beobachtende sich weigert? Dazu sollte doch gerade die Beobachtungsmöglichkeit in der Irrenanstalt dienen, in solchen Fällen Klarheit zu schaffen. Durch die Beschränkung auf ganz vereinzelte, besonders schwere Fälle und durch die Kautelen, die einer mißbräuchlichen Anwendung entgegenstehen, kann wirklich ausreichend Vorsorge getroffen werden, daß nun nicht etwa von dieser Maßregel zu oft Gebrauch gemacht wird. Kommt es doch auch verhältnismäßig selten vor, daß die Gerichte von dem § 656 ZPO. Gebrauch machen, weil in der Regel der Sachverständige ohne eine Beobachtung auskommen kann. *A.* bittet also bei dem Paragraphen zu bleiben und ihn in der Fassung anzunehmen, die die Kommission vorgeschlagen hat. Sollte diese aber nicht die Zustimmung der Versammlung finden, so beantragt *A.*, den ganzen Paragraphen zu streichen.

Weygandt-Hamburg: Zeugenbeobachtung in einer Anstalt würde praktisch nur sehr selten vorkommen, in schweren Fällen wie *Heußler*, wie Klage Hysterischer wegen angeblicher Sittlichkeitsattentate, wie Versetzung in Geisteskrankheit.

Die Möglichkeit einer Anstaltsbeobachtung von Zeugen würde auf manche Hysterische, hinsichtlich pathologischer Anklagen, abschreckend wirken.

Gesetz werden wird ein derartiger Antrag freilich in absehbarer Zeit nicht. Dagegen spricht einmal das Bedenken gegen Belästigung der Zeugen, was ja eine gewisse Berechtigung hat, zweitens aber spricht gegen die Ausführbarkeit die Angst des Publikums vor den Irrenanstalten. Diese Angst darf uns nicht beeinflussen, als Psychiater müssen wir den Standpunkt vertreten, daß der Aufenthalt in der Anstalt nicht so schlimm ist, wie das Publikum denkt.

Hier handelt es sich um die Frage: sollen wir recht viel verlangen, um wenigstens etwas zu erreichen, oder sollen wir von vornherein nur das Erreichbare wünschen, um nicht durch Begehrlichkeit abzustoßen?

Die bisherigen Erfolge der bescheidenen psychiatrischen Wünsche beim Entwurf der Strafprozeßordnung waren sehr gering. Aussichtsreicher ist daher entschieden, unbeirrt um die Erreichbarkeit, die Forderungen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

möglichst hoch zu stellen. Deshalb ist *Aschaffenburgs* am meisten zu empfehlen.

Ein Antrag *Heilbronner* auf Schluß der Debatte wird angenommen. Die Abstimmung ergibt eine Mehrheit für den Antrag *Alt*, so daß nur der erste Satz der These bestehen bleibt.

These 8 findet ohne weiteres Zustimmung. Zu These 9 nimmt das Wort *Moeli*:

Die Einrechnung der Zeit ist doch wesentlich eine mechanische Maßnahme — Krankheits- und Strafabbüßungsdauer sind für die Persönlichkeit nicht gleichwertig — eine Krankheit von wenigen Monaten kann für den betroffenen viel schwerere Folgen haben als eine Haft von ebensoviel Jahren. — Ich wünsche deshalb, abgesehen und ganz unabhängig von der rechnungsmäßigen Verwertung der Zeit (nach der jetzigen Bestimmung), für zutreffende Fälle noch einen allgemeineren Gesichtspunkt hervorzuheben: den Verzicht auf die Verbüßung eines (trotz oder ohne Anrechnung einer Anstaltsbehandlung) verbleibenden Strafrestes, wenn eine schwere Erkrankung zu einer derartigen Umwandlung geführt hat, daß der Bestrafte als Objekt der Rechtspflege (und in sozialer Beziehung überhaupt) sich auf die Dauer als eine andere Persönlichkeit darstellt als z. Z. des Urteilsspruches. — Falls eine solche Maßregel zu den Bestimmungen über vorläufige Entlassung nach Abbüßung von 3/4 der Strafzeit durch die Verwaltungsbehörden (die bei Ablauf der Strafzeit endgültig wird), also zum StGB. § 24 pp. gehören sollte[1]), so würde ich vorschlagen hier auf den Wunsch zu verweisen, daß an jener Stelle die Möglichkeit geschaffen werde, einen solchen aus natürlichen Vorgängen erforderlichen Verzicht auf Strafvollstreckung durch Gerichtsbeschluß oder auf dem Verwaltungswege herbeizuführen.

These 9 wird mit dem von *Moeli* beantragten Zusatz angenommen. These 10 und 11 rufen keine Erörterung hervor. Zu These 12 spricht

Weber-Sonnenstein: Ich würde mit dem Antrag, in Absatz 2 hinter „und wird sie" „dem Sachverständigen" wegfallen zu lassen, einverstanden sein; ich möchte aber darauf aufmerksam machen, daß es im Sinne des Entwurfs liegt, es solle die Beobachtung in einer öffentlichen Anstalt möglichst beschränkt und daher die Möglichkeit gegeben sein, sich in eine Privatanstalt aufnehmen und dort durch den Sachverständigen des Gerichts beobachten zu lassen. Ich halte es in jeder Beziehung, auch in sozialer, für dringend notwendig, die Beobachtung in einer Privatanstalt auszuscheiden, und möchte bitten, in dieser Richtung Stellung zu nehmen.

Alt-Uchtspringe hält dafür, daß als geeignete Anstalt nur eine öffentliche Anstalt für Geisteskranke in Betracht komme, und beantragt, eine entsprechende Einfügung zu machen.

---

[1]) Zusatz: vgl. *Falkenberg*, Psych., neur. Wochenschr. 1909, Nr. 1.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Knecht-Ückermünde formuliert diese Einfügung dahin: Als geeignete Anstalt im Sinne dieses Paragraphen ist nur eine öffentliche Anstalt für Geisteskranke anzusehen.

Vocke-Eglfing bemerkt hierzu, daß die Worte „in einer öffentlichen Irrenanstalt" bereits im Entwurf des § 80, Absatz 2, stehen.

Kreuser-Winnental beantragt, der Kommission die genauere Formulierung zu überlassen.

Die Versammlung stimmt dem zu und nimmt mit diesem Vorbehalt These 12 an.

Die Vorschläge der Kommission sind demnach von der Versammlung in folgender Fassung angenommen worden.

Wünsche und Vorschläge zur Änderung der Strafprozeßordnung.

I. Allgemeine Bemerkungen.

1. Um besseres und einheitlicheres Zusammenarbeiten zwischen Juristen und Ärzten zu ermöglichen, bedürfen die Richter wie die Ärzte einer besonderen Ausbildung.

Erforderlich ist:

I. Zur Ausbildung des psychiatrischen Sachverständigen

A. obligatorisch:

a) Vorlesungen und praktische Übungen in der Psychiatrie. Eine ausreichende praktische Tätigkeit in einer geeigneten Anstalt.

b) genaue Kenntnis der einschlägigen Gesetze: Straf- und Zivilgesetzgebung, Fürsorgeerziehung, Unfallgesetze.

B. fakultativ:

a) Kenntnis des Strafvollzugs und der Fürsorgeerziehung in ihrer praktischen Handhabung.

b) der Kriminalpsychologie.

Wünschenswert ist die Einrichtung von Fortbildungskursen mit praktischen Übungen.

II. Zur Ausbildung der Richter:

A. obligatorisch:

a) Eine Vorlesung über gerichtliche Psychiatrie mit Demonstrationen und Übungen.

b) Kenntnisse über Straf- und Fürsorgeerziehungsanstalten, sowie über Anstalten für Geisteskranke und Trinkerheilstätten.

B. fakultativ: Kenntnisse in der Kriminalpsychologie.

Auch hier sind besondere Fortbildungskurse wünschenswert. Sehr zweckdienlich ist die Gründung und Beteiligung an forensisch-psychiatrischen Vereinigungen.

Begründung: Die Auswahl der Sachverständigen steht dem Richter zu.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(§ 71: „Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.")

Es entspricht also nicht dem Sinne des Gesetzes, wenn auf bestimmte Gruppen von Ärzten als besonders geeignet zur psychiatrischen Sachverständigentätigkeit hingewiesen wird.

Wohl aber muß der Richter wissen, wer von den in Frage kommenden Sachverständigen durch längere psychiatrische Berufstätigkeit genügend Erfahrung in der Beobachtung und Beurteilung der psychischen Krankheitszustände besitzt. Der Sachverständige muß nicht nur klinisch genügend ausgebildet sein, sondern die zur Erfüllung seiner Aufgabe notwendigen gesetzgeberischen Bestimmungen kennen und auch über das Wesen und die Wirkung des Strafvollzuges und der Fürsorgeerziehung hinreichend unterrichtet sein.

2. Die von der Verteidigung geladenen Sachverständigen sind ebenso zu behandeln, wie die von der Staatsanwaltschaft geladenen. Das gilt besonders bezüglich der Akteneinsicht, der Möglichkeit zur Beobachtung, zur Stellung von Anträgen auf Vernehmung von Zeugen usw. gemäß § 75.

(§ 75: „Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.")

Begründung: Der von der Verteidigung geladene Sachverständige wird von dem Gericht ebenso vereidigt, wie der von der Staatsanwaltschaft geladene. Er muß einer formgerechten Ladung der Verteidigung (§ 218) ebenso gut Folge leisten, wie der Ladung der Staatsanwaltschaft (§ 218: „Ein unmittelbar geladener Zeuge oder Sachverständiger ist zum Erscheinen nur verpflichtet, wenn die Gebühren, die ihm nach der Gebührenordnung zustehen, bar dargeboten werden, oder wenn nachgewiesen wird, daß sie für ihn bei dem Gerichtsschreiber hinterlegt sind . . . . ").

Es besteht infolgedessen kein Anlaß, ihn wie einen Sachverständigen 2. Ranges zu behandeln und ihm, soweit der Gang der Untersuchung und Verhandlung nicht unnütz aufgehalten wird, das zur Begutachtung notwendige Material vorzuenthalten. Es ist die Aufgabe des Sachverstän
die Verteidigung überall da von unnützen Ladungen zurückzuh




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach gewissenhafter Überzeugung ein Anlaß zur Ladung eines 2. Sachverständigen nicht vorliegt.

3. Die Einführung der Jugendgerichte und der besonderen Beiräte muß als ein großer Fortschritt bezeichnet werden. Wünschenswert ist ihre obligatorische Einführung.

Begründung: Um Jugendliche richtig zu beurteilen, bedarf es besonderer Kenntnisse. Die Einrichtung von Jugendgerichtshöfen, die gleichzeitig den Vorteil gesonderter Sitzungen, räumlicher Beschränkung des Öffentlichkeitsprinzips haben, wird im Verein mit der vorbereitenden und beratenden Mitwirkung der besonderen Beiräte zu einer richtigeren Behandlung krimineller Jugendlicher dienen.

4. Wünschenswert wäre, das ganze Jugendstrafrecht einschließlich der Organisation der Jugendgerichte schon jetzt in einer Novelle zum Strafgesetzbuch zusammenzufassen.

Begründung: Unsere Kenntnisse über die psychologische Entwicklung Jugendlicher, die Art ihrer kriminellen Betätigung, die Anschauungen über die Notwendigkeit, die untere Strafmündigkeitsgrenze bis zum 14. Lebensjahre hinauf zu setzen, die Überzeugung von der Zweckmäßigkeit der bedingten Verurteilung in leichten Fällen, von dem Ersatz der meist nur kurzen und unzureichenden Strafen durch längerdauernde Fürsorgeerziehung, dürfen als soweit abgeschlossen betrachtet werden, daß eine gesetzgeberische Reform keinerlei Widerstand mehr finden wird.

Bemerkung zu § 351 (§ 351. Ein durch rechtskräftiges Urteil geschlossenes Verfahren kann nur unter den in den §§ 352 bis 355 bezeichneten Voraussetzungen wiederaufgenommen werden. Der Umstand, daß die Strafe bereits vollstreckt ist, steht der Wiederaufnahme nicht entgegen): Stellt der psychiatrische Sachverständige eine geistige Erkrankung für die Zeit der Begehung der Straftat fest, deren Bekanntsein zu einer Freisprechung (oder im Falle der Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das neue Strafgesetzbuch zu einer milderen Auffassung) geführt haben würde, so ist es seine Pflicht, einleitende Schritte zur Wiederaufnahme des durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossenen Verfahrens zu veranlassen.

II. Einzelnes.

1. (§ 490. Im Verfahren auf Privatklage fallen Kosten, die im Verfahren auf öffentliche Klage von der Staatskasse zu tragen sind, dem Privatkläger zur Last, soweit nicht durch einen zu gerichtlichem Protokoll geschlossenen Vergleich abweichende Bestimmungen getroffen werden. Mehrere Privatkläger haften als Gesamtschuldner.

Wird den Anträgen des Privatklägers nur zum Teil entsprochen, oder ist ein Teil der Auslagen vom Privatkläger verschuldet, so können die Kosten angemessen verteilt werden.

Den Kosten des Verfahrens treten die dem Privatkläger und dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen hinzu. Zu diesen Aus-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lagen gehören die Gebühren und Auslagen des Anwalts, soweit sie nach § 91 der Zivilprozeßordnung von der unterliegenden Partei zu erstatten sind.)

Zusatz zu § 490: Wird der Beschuldigte auf Grund des § 51 StrGBs. außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen, so kann das Gericht den Privatkläger von der Tragung der Kosten ganz oder teilweise entbinden.

Begründung: Wer heute sich gegen die Angriffe eines geisteskranken Querulanten wehren will, oder eine Körperverletzung, einen Hausfriedensbruch, eine Sachbeschädigung seitens eines Geisteskranken zur Anzeige bringt, hat, im Falle seine Privatklage wegen Geistesstörung des Täters ergebnislos bleibt, nicht nur die Kosten des Strafverfahrens und seine eigenen, sondern womöglich auch noch die seines Gegners zu tragen. Dem soll durch den Zusatz Abhilfe geschaffen werden.

2. (§ 71. Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.)

Zu § 71, Abs. 3 zu sagen: Nach oder an Stelle.

Begründung: Bei psychiatrischer Untersuchung sollte stets die Vernehmung eines Sachverständigen dem behördlichen Gutachten vorausgehen.

3. (§ 157. Die Staatsanwaltschaft kann von jedem Einschreiten absehen, solange dem Verfahren ein in der Person des Verdächtigen begründetes Hindernis entgegensteht, dessen Beseitigung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist.

Tritt das Hindernis erst nach Erhebung der öffentlichen Klage hervor, so wird das Verfahren von dem Gerichte bis auf weiteres eingestellt.)

Zu § 157. Es ist wünschenswert, daß möglichst selten von der Berechtigung des Staatsanwaltes Gebrauch gemacht wird. vom Einschreiten wegen geistiger Störung des Verdächtigen abzusehen. Ebenso sollte das Gericht bei Hervortreten der Erkrankung nach Erhebung der öffentlichen Klage nicht gezwungen sein, das Verfahren bis auf weiteres einzustellen.

Begründung: In zahlreichen Fällen hat die Erfahrung gezeigt, daß eine nach Erhebung der Klage festgestellte Erkrankung schon bis in die Zeit der Begehung der strafbaren Handlung zurückreicht. In diesen wie in den Fällen, wo vor der Erhebung der Klage die Erkrankung bemerkt wird, ist es wünschenswert, nach Möglichkeit die Verhandlung durchzuführen. Das Bedenken, daß der Kranke sich nicht genügend zu verteidigen vermag, kann in den meisten Fällen durch Stellung eines Verteidigers und obligatorische Zuziehung eines Sachverständigen beseitigt werden. Der Vorteil einer durchgeführten Verhandlung ist der, daß der Kranke von der Angst


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegen der Unsicherheit seiner Zukunft befreit wird, und ferner, daß u. U. nur durch eine Verhandlung festgestellt wird, ob der Kranke überhaupt die Tat begangen hat. In zahlreichen Fällen ist das ganze Lebensschicksal von der Entscheidung abhängig, ob der Kranke überhaupt als Täter in Betracht kommt. Von diesem Verdachte kann ihn nur die Durchführung der Verhandlung befreien.

4. (§ 466 II. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf die Todesstrafe nicht vollstreckt werden. — § 471. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte vor deren Beginn in Geisteskrankheit oder in eine andere Krankheit verfällt, bei der die Vollstreckung der Strafe eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten herbeiführen würde.

Das gleiche gilt, wenn sich der Verurteilte körperlich in einem Zustande befindet, bei dem sich die Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt nicht vertragen würde.)

Zu §§ 466 und 471: Der Strafvollzug an Geisteskranken ist nicht möglich. Bei einer Verschiedenheit der Auffassung zwischen Arzt und Strafvollstreckungsbehörde ist besonders in den Fällen des § 466 ein Obergutachten herbeizuführen.

Begründung: Bisher bestand keine Möglichkeit, die Strafvollstreckung zu verhindern, falls die Strafvollstreckungsbehörde die geistige Erkrankung nicht anerkannte, gemäß deren die Todesstrafe oder die Freiheitsstrafe nicht würde vollstreckt werden können.

Die neue Strafprozeßordnung hat in Fällen, wo Einwendungen gegen die Zulässigkeit der Strafvollstreckung erhoben werden (§ 465), die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts vorgesehen. Wünschenswert wäre hier, daß in allen Fällen fraglicher geistiger Störung, mindestens aber bei den Fällen des § 466 II stets das Urteil der Strafvollstreckungsbehörde erst erfolgt, nachdem ein Obergutachten erhoben worden ist.

5. (§ 242. Das Gericht kann anordnen, daß das Protokoll über die richterliche Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen verlesen wird, wenn er verstorben oder sein Aufenthalt nicht zu ermitteln ist oder wenn er sich in einem Zustande befindet, der seine Vernehmung für nicht absehbare Zeit unmöglich macht.

Das gleiche gilt von Protokollen über die richterliche Vernehmung eines Mitbeschuldigten oder eines bereits verurteilten Mitschuldigen.)

Zusatz zu § 242: Zur Verlesung des Protokolls über die Vernehmung eines in Geisteskrankheit Verfallenen ist ein ärztlicher Sachverständiger zuzuziehen.

Begründung: Da mindestens mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß die inzwischen festgestellte Geisteskrankheit schon vor der Vernehmung bestanden hat, so ist die richtige Bewertung der Aussage ohne Zuziehung eines Sachverständigen nicht möglich. Es ist deshalb erforderlich, auch gesetzlich Vorsorge zu treffen, daß in jedem Falle ein Sachverständiger dem Gerichte zur Verfügung steht.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. (§ 75. Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.)

Es kann erforderlich werden, wichtige Aussagen wörtlich zu Protokoll zu bringen. Insbesondere gilt das von Antworten, zu deren Verständnis und Bewertung die Kenntnis der Fragen, auf die sie erfolgt sind, notwendig ist. Bei Anwendung des Schlußsatzes des § 75 müßten auf Verlangen des Sachverständigen Aussagen von Zeugen und Sachverständigen, soweit der Sachverständige es für erforderlich hält, wörtlich protokolliert werden.

Begründung: Die Vernehmungen durch die Polizeiorgane und die Richter sind fast durchweg umstilisiert und geben durch die zusammenhängende und klare Art der Darstellung bisweilen ein ganz falsches Bild von den Vorgängen bei der Vernehmung, bei der sich die Angeschuldigten oft nur auf ein zustimmendes Ja zu den gestellten Fragen beschränken. Dadurch erwachsen dem Sachverständigen, der alsdann einen unvereinbaren Widerspruch zwischen der Klarheit der Aussage und dem von ihm gefundenen Geisteszustand findet, erhebliche Schwierigkeiten. Dem kann nur durch eine, wenigstens bei wichtigen Aussagen (s. o.), wörtliche Protokollierung abgeholfen werden.

7. Gibt der Geisteszustand eines Zeugen zu Bedenken Anlaß, so ist ein Sachverständiger zur Beobachtung und Begutachtung zu bestellen.

Begründung: Es muß gesetzlich die Möglichkeit benutzt werden, einen Zeugen auf seinen Geisteszustand untersuchen zu können.

8. (§ 285. Sind in die Anklageformel solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände aufgenommen, welche die Strafbarkeit der Tat vermindern oder erhöhen, so ist hierüber eine besondere Frage zu stellen (Nebenfrage).

Das gleiche gilt, wenn Umstände der bezeichneten Art oder solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände, durch welche die Strafbarkeit wieder aufgehoben wird, in der Verhandlung hervorgetreten sind und die Stellung einer hierauf gerichteten Nebenfrage von dem Staatsanwalt oder dem Angeklagten beantragt oder vom Gerichte für angemessen erachtet wird.

Eine Nebenfrage ist auch dann zu stellen, wenn die Strafbarkeit der dem Angeklagten zur Last gelegten Tat davon abhängt, ob er bei der Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hat.)

Zu § 285: Hinter „vermindern“ ist einzuschieben: „ausschließen“.

Begründung: Die Feststellung der Zurechnungsfähig[illegible] Sinne des § 51 StrGBs. ist erforderlich. Es ist notwendig, d[illegible]nd Schuldfrage durch die Nebenfrage streng geschieden werde[illegible]

Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google





Verfahren, nach dem ein Angeklagter gemäß § 51 freigesprochen wird, ohne daß im Urteil genau festgestellt wird, ob er die ihm zur Last gelegte Tat wirklich begangen hat, hat bei den Geschworenenurteilen deshalb Schwierigkeiten hervorgerufen, weil in dem Urteil die Freisprechung nicht weiter begründet wird. Für die Frage, was mit dem Angeklagten zu geschehen hat, ist es aber von der allergrößten Bedeutung, zu wissen, ob seine Täterschaft angenommen wurde, er aber wegen Unzurechnungsfähigkeit nicht bestraft werden konnte, oder ob die Freisprechung deshalb erfolgt ist, weil er überhaupt nicht als Täter angesehen wird.

9. (§ 472. Wird der Verurteilte nach dem Beginn der Vollstreckung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es sei denn, daß der Verurteilte die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt hat.

Soll die Anrechnung nicht stattfinden, so ist die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts herbeizuführen.)

Zusatz zu § 472: Durch Gerichtsbeschluß kann die Verbüßung des Restes einer Freiheitsstrafe bei einem für längere Zeit in eine von einer Strafanstalt getrennte Krankenanstalt verbrachten Verurteilten in Wegfall kommen, sofern durch die Fortsetzung der Strafvollstreckung eine erhebliche und in absehbarer Zeit nicht zu beseitigende, außerhalb des Strafzweckes liegende Schädigung der Gesundheit herbeigeführt wird.

Begründung: Während der Aufenthalt in anderen Krankenanstalten in die Strafzeit eingerechnet wird und die meisten Staaten, nach der Entstehungsgeschichte des Paragraphen zutreffend, auch die Anstalten für Geisteskranke nicht ausnehmen, wird in anderen Staaten, wie z. B. in Preußen, der Aufenthalt in einer solchen Anstalt meist nicht angerechnet. Der einheitlichen Handhabung steht entgegen, daß es gesetzlich zulässig ist, den Strafvollzug zu unterbrechen, wodurch der Anspruch auf Einrechnung der Krankenhauszeit in Wegfall kommt. Es ergibt sich daraus der Mißstand, daß die Kranken zur Strafverbüßung wieder eingeliefert werden müssen, um die Strafe zu Ende verbüßen zu können, und durch die im Strafvollzuge liegenden Schädigungen leicht von neuem erkranken. Diesem Mißstand soll durch den Vorschlag des Zusatzes vorgebeugt werden. Es kann auch die lediglich zahlenmäßige Anrechnung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes auf die Strafzeit nicht in allen Fällen einer seit dem Urteilsspruche eingetretenen Änderung in geistiger Beschaffenheit und sozialer Haltung gerecht werden.

(Es mag dahingestellt bleiben, ob der Wunsch: es möge eine dauernde Änderung der sozialen Persönlichkeit infolge psychischer Erkrankung berücksichtigt werden, bei den Bestimmungen des StrGB. [§ 24 u. f.] anzubringen wäre, die den Verzicht auf Verbüßung eines Strafrestes auf dem Verwaltungswege zulassen.)

10. (§ 58 I. Nicht zu vereidigen sind Personen, die zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung besitzen.)

Zu § 58 I: Unvereidigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch krankhafte geistige Beschaffenheit beeinflußt sind. Der Grund der Nichtvereidigung ist vom Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen in das Sitzungsprotokoll einzutragen.

Begründung: Die Vereidigung gibt der Aussage ein Gewicht, das überall da bedenklich ist, wo die Aussagen durch abnorme psychische Zustände beeinflußt sind. Das gilt in gleicher Weise, wenn die Geistesstörung zur Zeit der Vereidigung besteht, oder wenn sie zur Zeit der Wahrnehmungen bestanden hat. In beiden Fällen ist es nicht zulässig, den Kranken durch einen Eid Angaben bestätigen zu lassen, deren Zuverlässigkeit mehr als fraglich ist. Das im Entwurf wie bisher als Grund der Nichtbeeidigung aufgefaßte Kriterium der „genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides" ist unrichtig. Es berücksichtigt nur das Urteil des Kranken über das Wesen des Eides, nicht aber, ob der Kranke zutreffende Aussagen zu machen imstande war.

Anmerkung. Es empfiehlt sich auch, überall da, wo ernste Zweifel an der geistigen Gesundheit eines Zeugen und Sachverständigen (die Bestimmungen gelten in gleicher Weise auch für Sachverständige) vorliegen, von der Vereidigung Abstand zu nehmen.

11. (§ 88 II. Schriftliche Mitteilungen zwischen solchen Personen (die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind) und dem Verdächtigen sowie ihre Aufzeichnungen über Mitteilungen des Verdächtigen dürfen auch nicht zwangweise in Beschlag genommen werden, sofern sich die Papiere in ihrem Gewahrsam befinden und sie nicht selbst der Täterschaft, Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig sind.)

Zu § 88: Hinter „Mitteilungen des Verdächtigen" ist einzuschieben: „und über den Verdächtigen".

Begründung: Die Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses erstreckt sich, wie aus der ganzen Auffassung der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzes hervorgeht, auch auf die Feststellungen des Arztes an dem Verdächtigen. Infolgedessen ist er zur Verweigerung des Zeugnisses nicht nur in bezug auf die Dinge berechtigt, die ihm der Verdächtige mitgeteilt, sondern auch über die, die er selbst beobachtet hat. Damit nicht durch Beschlagnahme der Krankengeschichten das Zeugnisverweigerungsrecht umgangen werden kann, ist es notwendig, die Beschlagnahme der über den Kranken geführten Krankengeschichten zu verhindern.

12. (§ 80. Ist zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Beschuldigten nach der Erklärung des Sachverständigen eine längere Beobachtung erforderlich, so hat der Richter dem Sachverständigen, soweit tunlich, hierzu Gelegenheit zu geben.

Erklärt der Sachverständige, daß die erforderliche Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt nicht ausführbar ist, und wird sie dem Sachverständigen auch nicht dadurch ermöglicht, daß der Beschuld



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

freiwillig in eine solche Anstalt aufnehmen läßt, so kann, sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist, das Gericht anordnen, daß der Angeschuldigte in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen ist; die Anstalt ist vom Gerichte zu bezeichnen. Vor der Anordnung ist der Verteidiger zu hören; hat der Angeschuldigte keinen Verteidiger, so ist ihm ein solcher für das Verfahren über die Unterbringung zu bestellen. Gegen die Anordnung ist sofortige Beschwerde zulässig; die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

Sobald die Beobachtungen zur Abgabe des Gutachtens ausreichen. hat der Sachverständige dem Gericht Anzeige zu machen. Die Unterbringung in der Anstalt darf, auch wenn sie in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstand hat, wiederholt angeordnet wird, ohne Einwilligung des Angeschuldigten in ihrer Gesamtdauer sechs Wochen nicht überschreiten.

Die Vorschriften des Abs. 2, 3 finden keine Anwendung im Verfahren auf Privatklage und in Sachen, die in erster Instanz vor den Amtsgerichten ohne Schöffen zu verhandeln sind.)

Zu § 80: a) In Absatz 2 empfiehlt es sich, 1. zu setzen: hinter „außerhalb einer" statt „Irrenanstalt" „Anstalt"; 2. hinter „und wird sie" „dem Sachverständigen" wegfallen zu lassen; ebenso 3. hinter „freiwillig in eine" „solche" wegfallen zu lassen; 4. hinter „daß der Angeschuldigte in einer" statt „öffentlichen Irrenanstalt" zu sagen „Anstalt".

b) Der Satz „sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist" müßte in Wegfall kommen.

c) Es müßte vor „das Gericht" (Abs. 2, Zeile 3) eingeschoben werden: „auf Antrag eines Sachverständigen".

d) Zu Absatz 3 ist ein Zusatz erforderlich, durch den die Möglichkeit gesichert wird, auch ohne Einwilligung des Angeschuldigten eine nochmalige Untersuchung vornehmen zu können. Es wird vorgeschlagen: hinter „überschreiten" einzuschieben: „Nur falls von dem Gericht oder von dem Angeschuldigten ein Obergutachten verlangt wird, kann von neuem die Einweisung in eine Anstalt auf die Dauer von höchstens 6 Wochen beschlossen werden. Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung."

e) Als neuer (4.) Absatz wäre einzufügen: „Als Anstalten im Sinne dieser Bestimmungen gelten öffentliche Anstalten für Geisteskranke."

Begründung; Zu a 2): Bei Einweisung in eine Anstalt muß in der Regel ein Anstaltsarzt zur Beobachtung herangezogen werden.

b) Daß nur im Falle der bereits erhobenen öffentlichen Klage eine Beobachtung angeordnet werden kann, ist sehr bedenklich. In vielen Fällen stellt sich bereits im Vorverfahren die geistige Erkrankung heraus, und der Staatsanwalt beendet das Verfahren, das für den Kranken eine gefährliche Schädigung seiner Gesundheit bedeuten kann, durch Außerverfolgungsetzung. Zu den Aufgaben der Voruntersuchung gehört die Vollständigkeit des Materials. Und die Feststellung des Geisteszustandes


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

muß als eins der wichtigsten Erfordernisse bezeichnet werden. Die Verschiebung bis nach Erhebung der Klage hat außerdem den großen Nachteil, daß die Beobachtung zu spät stattfindet. Es kann dadurch die Erkrankung soweit heilen oder sich ändern, daß der Rückschluß auf die Zeit der Begehung unmöglich gemacht wird. Gegen das bisherige Verfahren sind keine Bedenken laut geworden. Es ist deshalb angezeigt, den neueingeführten Zwischensatz zu streichen.

c) Es ist nicht einzusehen, warum der früher bestehende Antrag des Sachverständigen ausgeschaltet worden ist. Eine einfache Erklärung kann das Gericht unberücksichtigt lassen. Auf einen Antrag des Sachverständigen muß es einen Beschluß fassen.

d) Der neue Paragraph läßt es zu, mit Zustimmung des Angeschuldigten die Beobachtung über die Zeit von 6 Wochen hinaus zu verlängern. Dagegen ist es nach wie vor nicht vorgesehen, die nochmalige Beobachtung auch gegen den Willen des Beschuldigten dann vornehmen zu können, wenn die Einforderung eines Obergutachtens es nötig macht. Gerade in diesen Fällen, bei denen es sich in der Regel um Todesurteile oder langjährige Zuchthausstrafen handelt, ist es unbedingt notwendig, den Angeschuldigten mit allen modernen Mitteln beobachten zu können. Die Untersuchungsgefängnisse sind dazu ganz ungeeignet. Es muß deshalb dem Obergutachter die Möglichkeit geschaffen werden können, in schwierigen Fällen den der Geisteskrankheit Verdächtigen unter möglichst zuverlässigen Verhältnissen beobachten zu können. Dem soll der gewünschte Zusatz dienen.

e) Zu a 1, 3, 4 und e): Es sollten für alle Beobachtungen öffentliche Anstalten für Geisteskranke benutzt werden.

Es folgen weitere Vorträge.

Dr. *Lückerath*-Bonn: Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken.

Unter 147 kriminellen Geisteskranken befanden sich 49 Fälle von Degenerationspsychosen, d. i. 33 %.

Erheblicher Schwachsinn war bei keinem vorhanden, alle wiesen mehr weniger psychische Degenerationszeichen auf.

3 erkrankten zwischen dem 10.—20.,
30 erkrankten zwischen dem 20.—30.,
14 erkrankten zwischen dem 30.—40.,
2 erkrankten nach dem 40. Lebensjahre.

Es waren 3 Gruppen:

1. Degenerierte mit Ganserschem Symptomenkomplex.
2. Solche mit
   a) einfachen paranoiden Wahnideen im Sinne des Beeinträchtigungswahnes.
   b) paranoischen Verfolgungs- und Größenideen.
3. Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei allen wurden hypochondrische Vorstellungen und Sensibilitätsstörungen (Anästhesie) beobachtet.

Bei allen zeigten sich Schwankungen im Verlauf, die durch äußere Ereignisse bedingt waren.

Differentialdiagnostisch kommt die Unterscheidung von der Paranoia und der Dementia praecox in Betracht.

Von Wichtigkeit ist:

1. daß es sich nicht um progressive Wahnbildung handelt,
2. die Wahnideen von äußeren Einflüssen abhängig resp. dadurch zu beeinflussen sind,
3. daß keine Verblödung eintritt.

Es darf nicht das Zustandsbild allein, sondern es muß die ganze Persönlichkeit berücksichtigt werden.

Die Prognose der Degenerationspsychosen bei Kriminellen ist im allgemeinen günstig.

Nach Ablauf ihrer psychotischen Episode können viele aus der Anstalt entlassen werden (in Strafvollzug oder in Freiheit).

R. V. Müller-Köln: Der Begriff der Strafvollzugfähigkeit vom Standpunkt des Psychiaters.

Im Anschluß an mehrere Fälle von kriminellen Geisteskranken, die jahrelang zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt hin und her gependelt, und deren Lebenslauf Vortr. in übersichtlicher Weise graphisch in Tabellen dargestellt hat, möchte er gerne den Begriff der Strafvollzugfähigkeit genauer präzisiert wissen.

I. Er hebt zunächst hervor, daß mit Rücksicht auf den Standpunkt des Psychiaters der § 487 unzulänglich sei und deshalb bei der Strafprozeßreform geändert werden müsse, wozu allerdings wenig Aussicht vorhanden sei; ferner, daß der § 493 direkt ungerecht sei, da jede andere Erkrankung während der Strafzeit auf diese ohne Einfluß ist, während der Aufenthalt in einer Irrenanstalt — falls der Kranke gebessert oder geheilt entlassen wird — nicht auf die Strafzeit in Anrechnung kommt.

II. Da durch den Strafvollzug an Geisteskranken der Geisteskranke direkt geschädigt wird, indem der Aufenthalt in einer Strafanstalt nicht nur eine Beeinträchtigung des ihm zustehenden Minimum an Behaglichkeit, sondern auch eine empfindliche Schädigung seiner Gesundheit bedeutet, unter Umständen sogar den Verfall in geistiges Siechtum, wo eine angemessene Behandlung vielleicht die Heilung, mindestens aber eine weitgehende Besserung und soziale Brauchbarkeit erzielen könnte, steht der Strafvollzug an Geisteskranken direkt in Widerspruch mit der Rechtsauffassung und deshalb sollte er überhaupt ausgeschlossen sein; wie dies auch § 493 verlangt. Vortr. geht dann näher auf die von *Leppmann* aufgestellte Definition der Strafvollzugfähigkeit ein (Ärztl. Sachverst. Zeit. Nr. 19. 1905): **1. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge von krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und**



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erheblich stört. 2. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit kein Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung hat — und betont im Anschluß an diese Arbeit, daß man ja nicht Geisteskranke, sobald eine Besserung zu konstatieren ist, gleich wieder in den Strafvollzug zurückschickt, da hierdurch meist die geistige Störung wieder hervorgerufen werde.

III. Manche Fälle von Melancholie und Depression könnten bei der von *Leppmann* aufgestellten Definition der Strafvollzugfähigkeit sicherlich geschädigt werden, da gerade derartige Kranke dazu neigen, alle Vorkommnisse als gerechte Strafen für ihre Vergehen aufzufassen, selbst wenn diese Begebenheiten mit ihrem eigentlichen Vergehen durchaus keinen Zusammenhang haben, also der Zweck der Strafe für sie illusorisch wird. Es ist notwendig, sich klar zu machen, daß der Strafvollzug einerseits nicht schaden darf und andererseits der Zweck desselben begriffen werden muß.

Vortr. schlägt deshalb folgende Definition der Strafvollzugfähigkeit vor:

Strafvollzugfähig ist, wer ohne erheblichen Schaden an Körper und Geist imstande ist, den Aufenthalt in einer Strafanstalt zu ertragen, und dessen Verstand nicht so weit gestört ist, daß er die Notwendigkeit staatlicher Reaktion gegen kriminelle Handlungen nicht mehr begreifen kann.

Diskussion zu den Vorträgen: *Lückerath* und *Müller*.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Meine Erfahrungen stimmen mit denen des Herrn *Lückerath* vollkommen überein. Die Degenerationspsychosen sind sehr häufig auch bei nicht kriminellen Geisteskranken zu beobachten. Sehr richtig ist, daß diese Kranken nicht verblöden, auch daß sie sehr häufig mit nicht korrigierten Wahnideen sich in einem Beruf behaupten können. Hypochondrische Klagen, die sich jahrelang ohne wirkliche Wahnbildung finden, sind ein wesentliches Stigma der Degeneration.

Kraepelin-München würde das Hauptgewicht bei den geschilderten Störungen auf die psychogene Entstehungsgeschichte legen und lieber von psychogenen Psychosen bei Kriminellen reden. Das Ausbleiben der Korrektur kann nicht ohne weiteres als Degenerationszeichen angesehen werden, sondern ist im allgemeinen der Ausdruck einer Defektheilung nach den verschiedensten Krankheitsvorgängen.

Cramer-Göttingen macht auf die Bedeutung des psychogenen Faktors bei der Technik der Untersuchung aufmerksam, welche zur größten Vorsicht mahnt. Er schließt sich ganz dem Herrn Vortr. an mit der Überzeugung, daß man möglichst vorsichtig mit der Exculpierung sein muß.

Moeli-Lichtenberg: Das Explosionsartige, Unzusammenhängende und von äußeren Vorgängen ersichtlich Abhängige erschwert die richtige Auffassung — es wird zum Teil erklärend eine Kette bewußter Motive statt der Entstehung auf dem Wege psychischen Eindrucks angenommen. Nach äußerlichem Schwund wahnhafter Einbildungen und ungenügend geklärter

46*


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und verknüpfter Komplexe bleibt eine erniedrigte Schwelle für Wunschsuggestion und Affektbewegung besonders negativen Tones.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Ich möchte Herrn *Kraepelin* gegenüber nochmals betonen, daß ich die mangelhafte Korrektur der Wahnideen nicht ausschließlich, sondern nur sehr häufig beobachtet habe.

Lückerath erwidert Herrn *Kraepelin*, daß er mit Absicht nur die von ihm selbst beobachteten 49 Fälle berücksichtigt und darum andere Degenerationserscheinungen, wie Zwangsvorstellungen usw., unberücksichtigt gelassen hat. — Die Fälle sind mit Vorsicht untersucht und beobachtet. Es ist sicher nichts hereinuntersucht worden, was nicht drin war.

4. Sitzung, Sonnabend, den 24. April, nachm. 2 Uhr.

A. Westphal-Bonn: Über Encephalomyelitis disseminata und arteriosklerotische Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihren Beziehungen zur multiplen Sklerose[1]). (Projektionsvortrag.)

An der Hand zweier klinisch beobachteter, zur Sektion gelangter und mikroskopisch genau untersuchter Fälle, bespricht der Vortragende die Beziehungen der oben genannten Erkrankungen zur multiplen Sklerose.

In dem ersten Falle entwickelte sich bei einer früher stets gesunden 34 jährigen Frau im Anschluß an ein Puerperium eine Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten, die sich schnell zu einer schweren Lähmung derselben steigerte. Während die Lähmung des rechten Armes eine ausgesprochen spastische blieb, ging im weiteren Krankheitsverlauf auffallenderweise die spastische Lähmung des Beins in eine schlaffe über. Der Patellarreflex schwand rechts vorübergehend, um später wieder schwach auslösbar zu werden. Fußklonus und Babinskisches Zehenphänomen blieben aber rechts andauernd bestehen. Die linksseitigen Extremitäten frei von Lähmung, Sehnenreflexe auch links gesteigert. Die Bauchdeckenreflexe fehlten. Starker Nystagmus bei Seitwärtsbewegungen der Bulbi. Der Augenhintergrund war normal. Die Sprache war in ausgesprochener Weise skandierend, verlangsamt, mitunter leicht paraphasisch gestört. Zittern wurde nicht beobachtet. Der Krankheitsverlauf war fieberfrei. Patientin war andauernd bald mehr, bald weniger benommen, ließ Urin und Stuhl unter sich. Exitus etwa 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen.

Bei der Sektion fand sich im Gehirn ganz vorwiegend die Marksubstanz durchsetzt von ungemein zahlreichen teils opak grauen, teils mehr rötlich gefärbten Herden, die sich auch in Pons und Rückenmark in spärlicher Anzahl

[1]) Der Vortrag wird ausführlich im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten veröffentlicht werden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fanden. Mikroskopisch überwiegen im Gehirn frische gefäßreiche Herde mit starker kleinzelliger Infiltration der Gefäßwand und der perivaskulären Räume. Die auffallendste Veränderung bieten in diesen Herden lebhafte Proliferationsvorgänge an den Gliazellen, die zu einer geradezu kollossalen Produktion groß geschwellter Gliazellen (Friedmann'sche Zellen) geführt haben. An diese akuten Herde grenzen mitunter ältere völlig sklerotische Herde direkt an. Zwischen beiden Herdarten finden sich mannigfache Übergangsformen.

Im Rückenmark treten die akut entzündlichen Erscheinungen gegen Herde mit ausgesprochen sklerotischem Charakter in den Hintergrund. Der sklerosierende Prozeß hat hier in annähernd gleicher Weise die graue und weiße Substanz ergriffen. Erscheinungen sekundärer Degeneration fehlen. An einzelnen Stellen traten diffusere auf entzündliches Ödem zurückzuführende Veränderungen mit Deutlichkeit hervor. Während an diesen Stellen die Axenzylinder zum größten Teil zugrunde gegangen sind, ist sonst ihr rel. Intaktsein in älteren und jüngeren Herden bemerkenswert.

Die Beziehung der Herde zu den Gefäßen tritt besonders an den kleinen, frischen Herden mit Deutlichkeit hervor.

Das klinische Bild des Falles in Verbindung mit dem anatomischen Befunde entspricht dem der sog. „akuten multiplen Sklerose", von der in jüngster Zeit besonders *Marburg* eine zusammenfassende Darstellung gegeben hat. Der Fall weist in evidenter Weise auf die innigen Beziehungen der akuten disseminierten Encephalomyelitis zur multiplen Sklerose hin, er schließt sich denjenigen Beobachtungen an, welche zeigen, daß die akute Encephalomyelitis in multiple Sklerose übergehen kann, jedenfalls von der akuten Form derselben meist nicht sicher zu unterscheiden ist. (*Oppenheim.*)

In dem zweiten Fall handelt es sich um einen 64jährigen Mann, der seit einer Reihe von Jahren Erscheinungen einer Depression mit mannigfachen „hypochondrischen Klagen" zeigte. Die auffallendste Erscheinung im Krankheitsbilde bot eine Gangstörung dar, die dem Bilde der sog. trepidanten Abasie entsprach. Mühsames steifes Vorwärtsbewegen mit kleinen trippelnden Schritten, beim Beginn des Gehens auf der Stelletreten usw. Der Gang trug den Charakter des „Gemachten und Gesuchten". Daneben bestand eigenartig starrer maskenartiger Gesichtsausdruck und Speichelfluß. Haltung und Gesichtsausdruck des Patienten erinnerten an das Aussehen bei Paralysis agitans. Zittern bestand nicht. Im Liegen konnten die Beine aktiv ganz gut bewegt werden, bei passiven Bewegungen keine Spasmen nachweisbar.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kniereflexe konnten häufig gar nicht, bei einzelnen Untersuchungen ganz schwach hervorgerufen werden. Links war in der letzten Zeit der Beobachtung Babinski nachweisbar.

Andauerndes Klagen über Kriebeln und Taubsein in Händen und Füßen. Peripherische Arterien rigide. Herz verbreitert, systolische Geräusche, akzentuierte zweite Töne an Pulmonalis und Aorta.

Exitus unter den Erscheinungen von Herzschwäche.

Die Obduktion ergab starke allgemeine Atheromatose besonders auch der Gehirngefäße, Hydrocephalus internus. An vereinzelten Stellen kleine, kaum linsengroße, alte zystische Erweichungsherde, u. a. auch in der Capsula int. dextra. Mikroskopisch im Marklager besonders in der Gegend des Hinterhaupts bald mehr herdartiger, bald diffuserer Faserausfall vornehmlich in der Umgebung veränderter Gefäße. Diese zeigen alle Stadien der Wandverdickung bis zu völliger Obliteration, Adventitia stark verdickt (hyalin entartet?). Aufsplitterungen der Elastika.

In der Umgebung der erkrankten Gefäße Reste alter Blutungen (Haematoidin-Kristalle). Keine auf einzelne Rindenabschnitte beschränkte Atrophien (perivaskuläre Gliose *Alzheimers*). Die Veränderungen entsprechen mehr dem Bilde der Encephalitis subcorticalis *Binswangers*. Schwere Pyramidendegeneration. Schleifendegeneration, wahrscheinlich bedingt infolge Unterbrechung der Fibrae arcuatae internae durch kleine sklerotische in der Medulla nachgewiesene Herde.

Im Rückenmark zahlreiche große sklerotische Herde, die zu sehr weit gehenden Zerstörungen der grauen und weißen Substanz geführt haben. Die großen sklerotischen Plaques sind von denen der echten multiplen Sklerose nicht ohne weiteres zu unterscheiden. Vielleicht ist die Zerstörung der grauen Substanz, die oft noch schattenhaft in ihren Umrissen erhalten, keine so komplette, wie bei der multiplen Sklerose. An frischeren Stellen jedoch, an denen es noch nicht zur Sklerose gekommen ist, in den Gliamaschen schon völliges Fehlen der Achsenzylinder nachweisbar, im Gegensatz zu dem Erhaltensein derselben bei der multiplen Sklerose. Zirkumskripte, keilförmige Degenerationsherde vornehmlich in den seitlichen Abschnitten des Markes in der Umgebung stark veränderter Gefäße. Gefäßerkrankungen des gesamten Rückenmarksquerschnittes, bei Fehlen aller entzündlichen Veränderungen. Diffuse Wucherung des Stützgewebes. Randdegeneration. Charakteristische Veränderungen (pigmentöse Degeneration) der Ganglienzellen in den erhaltenen Partien der grauen Substanz. Halbseitige Verschmälerung (Schrumpfung des Rückenmarks). Letztere Veränderungen entsprechen im wesentlichen dem bekannten Bilde der arteriosklerotischen Degeneration des Rückenmarks


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(*Sander, Redlich, Nonne* u. a.). Eigenartig sind die großen sklerotischen, die graue und weiße Substanz ergreifenden Plaques, wie sie in dieser Ausdehnung bisher bei den arteriosklerotischen Degenerationen des Rückenmarkes nicht beschrieben zu sein scheinen. Unser Befund bestätigt die wohl zuerst von *Démange* ausgesprochene Ansicht, „daß es eine sklerosierende Endo- und Periarteriitis der Rückenmarksgefäße auf der Basis einer allgemeinen Atheromatosis gibt, die zu einer disseminierten Sklerose führt“.

Der Vortr. hebt die mannigfachen Übereinstimmungen und die anatomischen Unterschiede dieser arteriosklerotischen Form der multiplen Sklerose von der eigentlichen „Sclérose en Plaques“ hervor, von der sie ätiologisch durchaus zu trennen ist. Auch das Krankheitsbild bietet in dem vorliegenden Falle keine Berührungspunkte mit dem der multiplen Sklerose. Auffallend ist die Inkongruenz des anatomischen Befundes und des klinischen Symptomenkomplexes, eine Erscheinung, auf welche bei ähnlichen Fällen von seniler Erkrankung des Zentralnervensystems besonders *Naunyn* hingewiesen hat.

Die demonstrierten Fälle zeigen in evidenter Weise, wie nach Beschaffenheit und Verbreitung einander nahestehende multiple Erkrankungsherde im Zentralnervensystem klinisch völlig verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen können.

Sioli-Bonn: Das Verhalten der Glia bei akuten Psychosen.

Vortr. hat in Verfolg der *Alzheimer*schen und *Eisath*schen Arbeiten eine Anzahl von Psychosen mit protoplasmatischen Gliafärbungen untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei den meisten Psychosen finden sich deutliche Veränderungen der Gliazellen, die sich auf Kern, Protoplasma und Fasern erstrecken. Bei der Paralyse spielen neben andern Formen die gemästeten Gliazellen *Nißl*s eine Hauptrolle; sie sind eine Form der *Friedmann*schen epitheloiden Entzündungszelle und kommen in allgemeiner Verbreitung bei anderen Psychosen nicht vor.

Eine andere charakteristische Art pathologischer Gliazellen sind die amöboiden Gliazellen *Alzheimer*s: sie finden sich bei Paralysen mit Anfällen, im Status epilepticus, bei der Hälfte von 20 untersuchten Fällen von Dementia praecox und auch bei 3 Fällen von Psychosen mit günstiger Prognose, die zu den manisch-depressiven gehörten und in schwerer manischer Erregung oder angstvoller Verwirrtheit starben. Sie fanden sich nicht bei 2 Fällen, die unter dem Bilde des Delirium acutum verliefen, und bei 2 Fällen von Amentia. Mit den amöboiden Gliazellen vergesellschaftet finden sich Abbauprodukte (Protagonoide und Pigmente) sowie Degenerationsfärbung der Achsenzylinder. Bei Marchizerfall kom Amöboide scheinbar nicht vor; sie finden sich vorzugsweise im Mark im Gebiet der Zentralwindungen. In den Fällen von Delirium acu und Amentia, die keine qualitative Änderunge liazellen zeig


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

findet sich doch das „reihenweise Aufmarschieren“ von Gliakernen an kleinen Gefäßen im Mark und Trabantzellen-Vermehrung in der Rinde.

Diskussion. — *Reich*-Lichtenberg fragt den Vortr., ob diejenigen Gebilde, die von ihm als protagonartige Granula heute demonstriert sind, nach den von ihm selbst angegebenen Methoden, insbesondere ob sie durch basische Anilinfarbstoffe dargestellt sind.

Sioli antwortet Herrn *Reich*, daß der erwähnte pathologische Stoff mit den *Reich*schen π-Granulis die metachromatische Färbung mit basischen Anilinfarben teilt und deshalb von *Alzheimer* als Protagonoid bezeichnet ist; ob er mit den π-Granulis *Reich*s völlig identisch ist, wird sich wohl erst entscheiden lassen, wenn *Reich* speziell seine pathologischen Erfahrungen bei seinen schönen mikrohistiochemischen Untersuchungen veröffentlicht.

Schütte-Bonn: Beitrag zur Ätiologie und forensischen Beurteilung des sog. „Tropenkollers“.

Der Vortr. wies zunächst auf die Wichtigkeit des Themas hin und gab dann in Anlehnung an die einschlägige Literatur eine Übersicht über die Beziehungen zwischen Tropenklima und Nervensystem. Darnach ergeben die Mitteilungen aller Beobachter, daß der einwandernde Europäer in der Mehrzahl der Fälle infolge des Klimas und anderer mit dem Tropenaufenthalt verknüpfter Momente eine Schädigung seines Nervensystems und seiner ganzen psychischen Konstitution erfährt; es bildet sich eine Tropenneurasthenie heraus, die sich durch mangelhafte Beherrschung der Affekte, große Empfindlichkeit und Reizbarkeit, sowie eine allgemeine Einbuße an geistiger Elastizität auszeichnet.

Auf dem Boden dieser Tropenneurasthenie können nun infolge anderweitiger Schädlichkeiten, Infektionskrankheiten, Sonnenstich, Hitzschlag, Überanstrengungen, Exzesse und Alkoholismus ausgesprochene Geistesstörungen entstehen. Von den Infektionskrankheiten verdient die Malaria hervorgehoben zu werden; sowohl bei der akuten wie bei der chronischen Form werden psychische Störungen beobachtet, die in extremen Fällen eine Dementia paralytica vortäuschen.

In kriminalpsychologischer Hinsicht steht die Affekterregbarkeit im Vordergrunde, sie führt aus ganz nichtigen Anlässen zu den brutalsten Gewalttätigkeiten. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit ist nur von Fall zu Fall unter Hinzuziehung eines Sachverständigen zu entscheiden.

Das eigene Material des Vortr. betraf eine Anzahl Militärgefangener des Kölner Festungsgefängnisses, die der Schutztruppe für Südwestafrika angehört und zur Verbüßung längerer Freiheitsstrafen nach Deutschland zurücktransportiert waren, wo sie im Strafvollzug psychisch erkrankten und den Heilanstalten Bonn und Galkhausen überwiesen wurden.

Das Aktenmaterial ergab bei der Mehrzahl eine auffallende Änderung der ganzen Persönlichkeit in der Kolonie: die Leute hatten sich beim heimischen Truppenteil durchweg gut geführt; drüben ließen sie sich nach


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einiger Zeit die mannigfachsten Verstöße gegen die Disziplin zuschulden kommen; die Strafregister sind derart, wie wir sie in der Heimat nur bei Degenerierten zu sehen gewohnt sind.

Wenn der Alkohol schon bei den disziplinären Vergehen eine große Rolle spielte, so sind die Delikte, die den Rücktransport nach Deutschland zur Folge hatten, in der überwiegenden Mehrzahl unter der Einwirkung des Alkohols begangen. Es handelte sich in den meisten Fällen um die schwersten Verbrechen, die das Militärstrafgesetz kennt, um militärischen Aufruhr und tätlichen Angriff auf Vorgesetzte.

In fast allen diesen Fällen war der Alkoholexzeß kompliziert durch Momente, die an sich schon eine Alkoholintoleranz zu bedingen geeignet sind: Rückkehr von wochenlangen anstrengenden Ritten im Innern bei ungenügender Verpflegung und erzwungener Alkoholabstinenz in die Etappen, wo den Leuten reichliche Mengen schwerer Spirituosen zur Verfügung standen resp. von der Truppe geliefert wurden; Schlägerei und Kopfverletzung während des Trinkgelages, große Hitze, vorhergehender Lazarettaufenthalt.

Ungeachtet der Schwierigkeiten nachträglicher Beurteilung, ist doch nicht zu bezweifeln, daß bei der Mehrzahl der Verurteilten zur Zeit der Tat die Bedingungen des § 51 RStGB. zutrafen. In einigen Fällen hat es sich offenbar um typische pathologische Rauschzustände gehandelt. Hier ist auch die von allen Beobachtern betonte Schädlichkeit des Alkohols in den Tropen zu berücksichtigen.

Der akute und chronische Alkoholismus erscheint neben der Malaria als eine Hauptursache der unter dem Ausdruck „Tropenkoller" gehenden psychischen Ausnahmezustände unter dem Tropenklima.

Es ist daher der Alkoholmißbrauch in den Tropen mit allen Mitteln zu bekämpfen; die Verabreichung von Spirituosen an die Schutztruppenangehörigen ist zu verwerfen.

Bei der gerichtlichen Aburteilung von Trunkenheitsdelikten in den Tropen muß die Hinzuziehung eines ärztlichen Sachverständigen gefordert werden.

Diskussion. — *Kraepelin* führt einen Fall an, in dem nach schwerer Malaria in Deutschsüdwestafrika eine sehr starke Alkoholintoleranz mit pathologischen Rauschzuständen und eine dauernde erhebliche Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit zurückblieb.

Moeli fragt den Vortr., ob sich gegen solche Krankheitszustände nichts tun läßt.

Rieder-Koblenz: Die verschiedenen Delikte, welche in unseren Kolonien, speziell in Südwestafrika, vorgekommen, sind zum Teil wohl


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

durch Schädigungen des Nervensystems infolge von Infektionskrankheiten hervorgerufen, der größere Teil aber durch Alkoholexzesse. Es ist wohl die Bestimmung gegeben, daß Alkoholisten nicht in die Kolonien geschickt werden sollen; aber es empfiehlt sich, eine totale Abstinenz in den Kolonien einzuführen. Ich bin auch durch die Untersuchung der vielen Herzkranken, die wir speziell aus Südwest so zahlreich zur Beurteilung bekommen, zur Überzeugung gelangt, daß neben den mehr oder minder großen körperlichen Anstrengungen in der Mehrzahl der Fälle die schädliche Wirkung des Alkohols ein wesentliches Moment zur Erkrankung gegeben hat.

Goldstein-Königsberg: Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox, speziell der plötzlichen Todesfälle bei derselben.

Goldstein gibt zunächst einen Überblick über die vorliegenden Veröffentlichungen über die pathologische Anatomie der Dem. praecox. Er vermißt eine genügende Berücksichtigung der klinischen Daten bei Beurteilung der anatomischen Befunde und verlangt vor allem die Untersuchung klinisch einfacher und charakteristischer Fälle.

Nach den bisherigen Befunden sind für die Dem. praecox charakteristisch: chronische Zellveränderungen, Gliavermehrung besonders in den tieferen Schichten der Rinde, Markscheidenzerfall, Pigmentablagerungen. Dazu kommen bei Fällen, die plötzlich zum Exitus kamen (klinisch handelt es sich um Del. acutum, um katatonische Anfälle, um Fälle, in denen die Kranken ohne nachweisbare Ursache plötzlich verfallen und ad exitum kommen), weitere Veränderungen. Ein Fall von Del. acutum bei einer sicheren Dem. praecox mit anatomischer Untersuchung findet sich nicht in der Literatur. Bei den anderen plötzlichen Todesfällen kommt vor allem die *Reichardt*sche Hirnschwellung, vielleicht auch ein Ödem der Pia ursächlich in Betracht.

Die eigenen Befunde *G.*s stammen von einem Falle von einfacher Katatonie, der 10 Jahre krank war und subakut ohne besondere Erscheinungen verfiel und zum Exitus kam.

Es fand sich anatomisch und wird an Zeichnungen demonstriert: Chronische Veränderungen an den Ganglienzellen besonders in Stirn- und Zentralwindungen, aber auch im übrigen Großhirn, im Kleinhirn und Rückenmark (sowohl am Thionin- wie im Fibrillenpräparat nachweisbar. Fibrillen zerfallen, verklebt, Kernzerfall, Pigmentablagerung. Fibrillen in Fortsätzen besser erhalten als im Zellkörper). Zerfall der Markscheiden besonders im supraradiären Geflechtwerk. — Vermehrung der Glia um die Ganglienzellen, um die Gefäße. Starker Pigmentreichtum in Ganglienzellen, Gliazellen und in den Scheiden der Gefäße, die eine gewisse Zellvermehrung und eine sogenannte zellarme Zone aufweisen. Im Rückenmark findet sich weiter eine Degeneration in den *Goll*schen Strängen, die nicht mit Wurzelerkrankung zusammenhängt, im oberen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brustmark beginnend und nach oben bis in den *Goll*schen Kern reicht, eine weitere Degeneration im *Hellweg*schen Bündel.

Alle diese Veränderungen sind nur der Ausdruck einer chronischen Psychose und nicht allein für die Dem. praecox charakteristisch, sondern finden sich auch bei anderen chronischen Psychosen. Möglicherweise sind es nur sekundäre Veränderungen — die eine Art Reaktion des Gehirns auf chronische Schädlichkeiten verschiedenster Art darstellen, während der — vielleicht mikrochemische — Grundprozeß der Dem. praecox uns verborgen bleibt.

Neben dem bisher geschilderten Befund fanden sich Veränderungen, die mit dem plötzlichen Exitus in Zusammenhang zu bringen sind: Akute Zellveränderungen und starke Vergrößerung der Pia durch Ödem, Erweiterung der perivaskulären Scheidenräume. Die Zellveränderungen sind denen bei andern akuten Psychosen ähnlich, doch nicht sehr hochgradig. (Am Fibrillenpräparat fällt das leidliche Erhaltensein eines feinen sehr weitmaschigen Innennetzes bei Zerfall der gröberen Fibrillen auf.) deshalb erscheint es *G.* wahrscheinlich, daß die Piavergrößerung bei dem plötzlichen Tode eine bedeutsame Rolle spielt, indem sie in ähnlicher Weise wie die Hirnschwellung zu einer Vergrößerung des Schädelinhaltes und sekundärem Hirndruck führt. Als Ausdruck des Hirndruckes fand sich eine Degeneration der extramedullären Abschnitte der Rückenmarkswurzeln. *G.* verlangt in Zukunft eine genauere Berücksichtigung der Piaveränderungen.

Diskussion: *Nißl v. Mayendorf*-Leipzig: Mich haben als Anatomen die Großhirnbefunde bei der Dem. praecox. stets sehr interessiert, es war mir jedoch wie Herrn *Goldstein* unmöglich, etwas typisch Pathologisches für die ganze Krankheitsgruppe zu entdecken. Ebensowenig ergab die Betrachtung der Gefäße charakteristische Bilder. *Kraepelin* hat im Vorjahre gelegentlich der Tagung dieser Versammlung in seiner Diskussion zu den Referenten die Hoffnung ausgesprochen, es würden sich aus dem großen Topf der Dem. praecox differente Krankheitsbilder ausscheiden lassen und dies mit Hilfe der Anatomie. Auch ich bin dieser Ansicht, doch glaube ich, daß wir nicht wahllos jede Stelle der Hirnrinde untersuchen dürfen, da es sehr fraglich ist, ob überhaupt für die Krankheitsgruppe der Dem. praecox ein spezifischer Krankheitsprozeß existiert, und dieser die gesamte Hirnrinde befällt. Es dürften sich die Ergebnisse anders gestalten, wenn wir uns bemühten, vorläufig nur die Symptome anatomisch zu erklären, indem wir jene Gehirnterritorien untersuchten, deren pathologische Beschaffenheit die größte Wahrscheinlichkeit besitzt, den Anstoß zu den krankhaften Einzelerscheinungen abzugeben.

Nißl v. Mayendorf-Leipzig: Über die kataleptische Starre. (Der Vortrag wird im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht werden.)





Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion: *Heilbronner*-Utrecht hält die Erklärung des Vortr. über das Zustandekommen der Starre schon im vorliegenden Fall für nicht genügend fundiert, um daraus weitere Analogieschlüsse auf das Zustandekommen der Starre bei „Katatonie" zu ziehen, selbst angenommen, daß eine Analogisierung der Erscheinungen bei beiden Kategorien überhaupt für zulässig gehalten wird.

Nißl v. Mayendorf: Ich danke Herrn Prof. *Heilbronner* für seine belehrenden Bemerkungen. Daß der vorliegende Fall ungeeignet sei, auf den pathologischen Gehirnmechanismus hinzudeuten, welchen ich in meinem Vortrag auseinandergesetzt habe, kann ich nicht zugeben, indem gerade die größere Gehirngeschwulst die Vereinigung von Allgemein- und Herdsymptomen mit sich bringt, wie wir ein analoges Verhalten bei den funktionellen Gehirnerkrankungen und den Geisteskrankheiten anzunehmen berechtigt sind. Welche anderen als die aufgeführten Symptome die im vorderen Abschnitt des Scheitellappens und der hinteren Zentralwindung sitzende Geschwulst hätte erzeugen sollen, ist mir nicht ganz klar. Im übrigen ist Herr *Heilbronner* so allgemein gewesen, daß es mir nicht möglich ist, ihn sachlich zu widerlegen.

Berger-Jena: Klinische Beiträge zur Melancholiefrage.

B. berichtet über 238 Melancholiefälle, welche in den letzten zwölf Jahren in der psychiatrischen Klinik in Jena behandelt wurden, und über welche Nachrichten bis in die neueste Zeit hinein oder bis zu dem Tode der betreffenden vorliegen.

Das Verhältnis der Männer zu den Frauen betrug 1 : 3,1; unter den 238 Fällen waren 145 einmalige und 93 rezidivierende Erkrankungen. Wenn nur Geisteskrankheit, Epilepsie und Potatorium der Aszedenten als belastendes Moment berücksichtigt wurde, fanden sich unter den einmaligen Melancholiefällen 41 % Erblich-Belastete, unter den rezidivierenden Melancholien 54 %, darunter eine gleichartige Belastung bei den einmaligen Erkrankungen in 23 %, bei den rezidivierenden Fällen in 30 %.

Eine auslösende Ursache wurde gleich oft für die einmaligen Melancholien und die einzelnen Anfälle der rezidivierenden Melancholien angegeben.

Der Vortr. zeigt an der Hand einer graphischen Darstellung die Verteilung der Fälle auf die Lebensjahre, wobei sich ergab, daß das Maximum der Erkrankung an einmaligen Melancholien bei den Frauen in den Zeitraum zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr, bei den Männern etwa 10 Jahre später in die Zeit vom 55. bis 59. Lebensjahr fällt. Die Mehrzahl der Fälle von rezidivierender Melancholie setzen in der Zeit zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr ein.

In den klinischen Erscheinungen konnten an dem Material des Vortr. wesentliche Unterschiede bei beiden Krankheitsgruppen nicht festge-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellt werden. Dagegen zeigt *B.* wieder an der Hand graphischer Darstellungen, welche die Prozentzahlen der Genesenen in ihrer Verteilung auf jeweils halbjährige Zeitabschnitte enthalten, den rascheren Ablauf der Anfälle der rezidivierenden Melancholie im Vergleich zu den einmaligen Erkrankungen. Nach einem Jahre waren z. B. von 105 genesenen einmaligen Melancholien 81 %, von 168 einzelnen Anfällen der rezidivierenden Erkrankung bereits 97 % abgelaufen.

Durch graphische Darstellungen wurden auch die Ausgänge der Erkrankungen illustriert, es fanden sich bei den einmaligen Melancholien: 72 % Genesene, 10 % dauernd Veränderte und 18 % Gestorbene; bei den rezidivierenden Erkrankungen 61 % (vom Anfall) Genesene, 17 % dauernd Veränderte und 22 % im Anfall Gestorbene, darunter bei beiden Gruppen 12 % Suizide.

Eine Verteilung der Fälle nach der Häufigkeit der Erkrankungen ergab 61 % einmalige und 39 % rezidivierende Erkrankungen. Die Intervalle bei den rezidierenden Erkrankungen waren großen Schwankungen unterworfen, es fanden sich auch auffallend lange Intervalle von 30, 35 und 38 Jahren. Nach einem Anfall trat bei den rezidivierenden Erkrankungen in 51 % der Fälle innerhalb der nächsten 5 Jahre ein zweiter auf, und die übersichtliche graphische Darstellung von 267 einzelnen Anfällen bei 88 Kranken ließ oft eine eigentümliche zeitliche Häufung der Anfälle erkennen. Wenn nämlich einmal ein Anfall aufgetreten war, so folgten in 25 % der Fälle nun in jährlichen Pausen 2 bis 5 Anfälle, um dann wieder einer anfallfreien Zeit von 10 und mehr Jahren Platz zu machen, eine Beobachtung, die nur dadurch erklärt werden kann, daß man annimmt, der einzelne Anfall hinterlasse eine gesteigerte Disposition für die gleiche Erkrankung. Der Vortr. hebt dann das bei seinen Kranken häufiger beobachtete Zusammenvorkommen der einmaligen Melancholie, der rezidivierenden Melancholie und des zirkulären Irreseins bei den verschiedenen Mitgliedern ein und derselben Familie hervor und teilt einige diesbezügliche Beobachtungen mit.

Auch *B.* hat bei einer größeren Anzahl von Kranken, welche bei den Zusammenstellungen nicht verwendet wurden, fließende Übergänge zwischen rezidivierender Melancholie und zirkulärem Irresein beobachtet und hat sich von der nahen Verwandtschaft dieser Erkrankungsformen überzeugt, ebenso wie er wesentliche Unterschiede der einmaligen und rezidivierenden Melancholie nicht auffinden konnte.

B. wies noch darauf hin, daß einige Fälle seiner einmaligen Melancholien sich bei einer längeren Beobachtungszeit vielleicht noch als rezidivierende Erkrankungen erweisen könnten, daß aber selbst dann, wenn man bei allen Fällen, bei denen diese Rezidivmöglichkeit besteht, tatsächlich ein späteres Rezidiv annehmen würde, die Zahl der einmaligen und rezidivierenden Erkrankung an Melancholie annähernd gleich groß wäre bei einem Beobachtungsmaterial von 238 Fällen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trotz der fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern kann sich der Vortr. keineswegs der Ansicht anschließen, welche auch in den einmaligen Melancholien Mischzustände sieht und bei denselben einen manischen Einschlag zu entdecken imstande ist.

B. glaubt auf die Wichtigkeit der praktischen Trennung der Krankheitsgruppen namentlich vom prognostischen Standpunkt aus, auf das Überwiegen der depressiven Zustände und die Häufigkeit der einmaligen Erkrankungen hinweisen zu müssen.

Der Vortr. schloß mit den bekannten prognostischen Sätzen, welche leider nur eine bedingte Gültigkeit besitzen, daß im jugendlichen Alter einsetzende Melancholien meist rezidivieren, während die vom vierten Lebensjahrzehnt ab auftretenden melancholischen Erkrankungen meist vereinzelt bleiben, und daß ferner der raschere Ablauf der einzelnen melancholischen Erkrankung mehr für eine später rezidivierende Melancholie spricht.

Seige-Jena: Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholien und zirkulären Psychosen.

Während in der neueren Zeit der Stoffwechsel der organischen Psychosen genauer untersucht worden ist, sind die sogenannten funktionellen Psychosen verhältnismäßig vernachlässigt worden, obgleich z. B. gerade die zirkulären Psychosen den Gedanken einer „vererbbaren zellularen Stoffwechselkrankheit“ (*Ebstein*) nahelegen.

Die Untersuchungen des Vortr., die noch nicht abgeschlossen sind, erstreckten sich bis jetzt auf 3 erstmalige Melancholien und 2 zirkuläre Psychosen. Störungen des Mineralstoffwechsels wurden nicht beobachtet, obgleich z. B. ein Zirkulärer etwa ½ Jahr lang in dieser Beziehung kontrolliert wurde. Sämtliche Melancholiker zeigten jedoch zeitweise große Neigung, Stickstoff zu retinieren, und zwar steigerten sich diese Retentionen von Tag zu Tag mehr, bis plötzlich eine große Menge N abgegeben wurde. So retinierte einer dieser Kranken innerhalb 5 Tagen 40 g N. Das Körpergewicht zeigte keine Schwankungen, die diesen Retentionen parallel gegangen wären. Mit dem Einsetzen der Stickstoffretentionen gingen mehrmals starke Angstaffekte einher. Ähnliche Retentionen, die teilweise auch mit Änderungen im psychischen Befinden einhergingen, wurden bei anderen Psychosen von *Kaufmann*-Halle und *Rhode*-München beobachtet.

Bei Melancholie sowohl als bei Manie zeigten sich häufig auf der Höhe der Krankheit starke Indikanmengen (bis zu 0,5 g am Tage). Dieselben sind wohl nicht als ein Produkt der Darmfäulnis anzusehen, da sie durch eine Behandlung, die die Darmfäulnis möglichst beschränkte, nicht herabgesetzt wurden. Für die zentrale Entstehung der Indikanausscheidung spricht ebenfalls ein Fall, bei dem ein Abfall der Indikanausscheidung der Änderung im psychischen Befinden parallel ging; ähnliches hat *Kaufmann*-Halle bei Delirium alcoholicum beobachtet, der auch die von ihm gefundenen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enormen Indicanmengen bei Dementia paralytica und Epilepsie auf zentrale Einflüsse bezieht.

Störungen der Harnsäureausscheidung bei Melancholie und Manie sind schon früher beobachtet worden, so z. B. von *Schäfer*-Roda und *Taguet*. Die Untersucher gelangten jedoch zu verschiedenen Resultaten, da früher die endogene (aus den zersetzten Zellkernen des Organismus und dem Hypoxanthin der Muskeln stammende) Harnsäure von der exogenen (aus den Purinbasen der Nahrung stammende) nicht scharf unterschieden wurde.

Vortr. hat deshalb den endogenen Harnsäurewert der Kranken bei purinfreier Diät nach den von *Brugsch* und *Schittenhelm* angegebenen Methoden bestimmt und fand ihn bei Melancholikern normal, jedoch an der unteren Grenze liegend. Bei den beiden untersuchten manisch Kranken fand sich ein ganz excessiv tiefer Wert (0,18 und 0,16 g). Es wurde weiterhin geprüft, auf welche Weise eingeführtes purinhaltiges Material als Harnsäure wieder im Urin erschien, indem den Kranken nach längerer Zeit purinfreier Diät an einem Tage 500 g Ochsenfleisch verabreicht wurden. Es ergab sich, daß die Melancholiker annähernd normale Verhältnisse zeigten, während bei beiden untersuchten manischen Kranken nach der verabreichten Menge Fleisch überhaupt keine Vermehrung der Harnsäureausscheidung folgte. Da jedoch der eingeführte Purin s t i c k s t o f f in den beiden nächsten Tagen im Urin wieder erschien, nimmt Vortr. an, daß keine Harnsäure-Retention stattfindet, sondern daß im Gegenteil die Harnsäure in niedere Verbindungen abgebaut wurde, also in Wirklichkeit eine Beschleunigung des Nukleinstoffwechsels stattfand, eine Erscheinung, die sehr wohl mit dem uns bereits bekannten beschleunigten Ablauf sämtlicher Lebensvorgänge beim Maniakalischen übereinstimmt.

Der Vorsitzende schließt die Versammlung mit Dank an alle Redner. Nach Schluß der Tagesordnung besichtigten die Teilnehmer die psychiatrische Klinik der städtischen Krankenanstalt Lindenburg in Köln, die *v. Ehrenwall*sche Anstalt in Ahrweiler, die *Peipers*sche Anstalt zu Pützchen bei Bonn, sowie die Nervenheilstätte zu Roderbirken bei Leichlingen.

Hübner. *Müller.* *Weyert.*

Am Nachmittage des 22. April hatten im Anschluß an die Jahresversammlung bereits zwei Sondersitzungen in Köln stattgefunden:

1. Die der K o m m i s s i o n f ü r I d i o t e n f o r s c h u n g u n d I d i o t e n f ü r s o r g e.

Anwesend: *Tuczek*, *Alt*, *Kluge*, *Weygandt*.

T a g e s o r d n u n g. — I. A l l g e m e i n e A u s s p r a c h e: Berichte der ständigen Referenten; Berichte über Versammlungen: Internat. Irrenpflegekongreß (Ref. *Vogt*), Verbandstag der Hilfsschulen


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Deutschlands (derselbe), I. Deutscher Jugendgerichtstag (derselbe); Vorschläge für Referate zur Jahresversammlung des D. V. f. Ps.

II. Der Bericht der „Vereinigung nichtärztlicher Leiter Deutscher Idiotenanstalten" (Ref. *Vogt* u. *Alt*).

III. Stellung der Kommission zu den pädagogischen Kreisen.

IV. Stärkere Heranziehung der ärztlichen Anstaltsleiter zu den Bestrebungen der Kommission (Ref. *Kluge*).

V. Bericht über die Tätigkeit bei der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge (Ref. *Vogt*).

VI. Stellung der Idioten- und Epileptikeranstalten — soweit sie zugleich Schulanstalten sind — für den Fall der Abtrennung der Medizinalangelegenheiten vom Kultusministerium (Ref. *Kluge*).

VII. Zur Strafgesetzbuchnovelle (Ref. *Weygandt*).

VIII. a) Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion bei Epileptikern und Idioten (Ref. *Alt*).

b) Ergebnis der klinischen Untersuchungen mit dem neuen *Ehrlich*schen Arsenpräparat gegen Schlafkrankheit und Syphilis (Ref. *Alt*).

Zu I: *Alt* empfiehlt der Kommission, 1. als korporatives Mitglied dem internat. Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten beizutreten, 2. für die im Anschluß an den internat. Kongreß zu Berlin 1910 geplante Ausstellung aller das Idiotenwesen betreffenden Arbeitsergebnisse sich zu interessieren.

Weygandt teilt mit, daß Dr. *Sandner* sich an ihn behufs Unterstützung durch die Kommission für eine Zusammenstellung aller die Idioten- und Schwachsinnigenfürsorge betreffenden Institutionen gewandt habe.

Alt teilt mit, daß er selbst sich bereits an eine derartige statistische Übersicht gemacht hat, wobei ihm die Behörden fast durchweg wertvolles Material an die Hand gegeben haben. Diese Übersicht, die als Anhang seines Referates zur Jahresversammlung erscheinen wird (s. S. 713 dieses Heftes), ist er bereit, dem Dr. *Sandner* zu überlassen.

Tuczek stellt in Aussicht, die Angelegenheit im Vorstand des D. V. f. Ps. zur Sprache zu bringen.

Zu II und III: Es wird daran festgehalten, die sogenannten „Schwachbefähigten", die in Nebenklassen und Hilfsschulen unterrichtlich und erzieherisch gefördert werden sollen, in der Hauptsache den pädagogischen Kreisen zu überlassen. Die eigentlichen Schwachsinnigen und Idioten, gleich ob sie noch bildungsfähig sind oder nicht, gehören der Behandlung des Psychiaters zu.

Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zu IV: *Kluge* regt an, die ärztlichen Leiter von Idiotenanstalten in mehr direkter und unmittelbarer Weise für die Arbeiten und Intentionen der Kommission zu interessieren. Es wird ihm aufgegeben, einen besonderen Fragebogen auszuarbeiten, in welchem die Erfahrungen und Wünsche dieser ärztlich geleiteten Anstalten zum Ausdruck gelangen sollen.

Zu VI: *Kluge* führt aus, daß bei der als wahrscheinlich anzunehmenden baldigen Trennung der eigentlichen Medizinalangelegenheiten von denen der Schule und Kirche das Kultusministerium eine bestimmte Stellung bezüglich der Auffassung des Idiotenwesens usw. werde nehmen müssen, Es komme darauf an, alsdann die Schwachsinnigen- und Idiotenfürsorge ebenso wie die für die Epileptiker als eine wesentlich ärztliche Aufgabe, der sich erst in zweiter Linie die Sorge für die schulmäßige Förderung unterzuordnen habe, dem Medizinalwesen einzugliedern. Bis jetzt läßt sich eine bestimmte Stellungnahme der gesetzgeberischen Körperschaften noch nicht erkennen. Einige gelegentliche Vorstöße im Abgeordnetenhause (Volksparteiler Dr. Schepp) sind zwar ohne wesentliche Bedeutung, doch müssen solche gegnerischen Stimmen immerhin beachtet werden. Es würde sich empfehlen, die Abgeordneten, welche Mediziner sind, gegebenen Falles für die Bestrebungen der Psychiatrie zu interessieren. — Dies ist inzwischen durch *Tuczek* geschehen.

Zu VII: *Weygandt* führt aus, daß in der neuen Strafgesetzbuchnovelle ein stärkerer Schutz der Schwachsinnigen geboten erscheint. Hier hat die Züchtigung Schwachsinniger schon weit eher als grausame Mißhandlung zu gelten als bei Normalen. Ähnlich ist die Berauschung und Alkoholisierung der Kinder aufzufassen, und es muß hier schon sehr bald die Eventualität eines Mißbrauches der erzieherischen Gewalt zur Erörterung gestellt werden. Demgemäß wäre ein entsprechender Zusatz zu den betreffenden Paragraphen zu fordern. Der Nachweis eines solchen Mißbrauches würde nicht allzuschwer durch die Wohlfahrtspolizei, Lehrer usw. zu erbringen sein. Bekanntlich gehe neuerdings die englische Gesetzgebung im Schutze der Kinder vor Alkoholisierung sehr weit. — Die Kommission erklärt sich mit diesen Ausführungen durchaus einverstanden und trägt *W.* auf, diese Sache der Justizkommission des D. V. f. Ps. als Material zu unterbreiten.

Zu VIII: *Alt* hält das ihm übertragene Referat. Insbesondere berichtet er über die in Uchtspringe vorgenommenen Untersuchungen und Feststellungen bezüglich der Ätiologie des Idiotismus und der Epilepsie. Hereditäre Belastung trifft nur bei etwa 50 % des Uchtspringer Materials zu. Eine große Rolle spielen die Infektionskrankheiten, besonders auch die Syphilis, daher erscheint die *Wassermann*sche Reaktion für die ätiologische Feststellung der Syphilis von größter Bedeutung. In Uchtspringe haben 9 % hiernach positiv reagiert. Ähnlich bedeutungsvoll ist auch die Feststellung der Tuberkulose bei den idiotischen und epileptischen Kindern. Hier sollte die Tuberkulinprobe noch in höheren


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Maße zur Anwendung kommen. In Uchtspringe haben sich 3 % der Idioten als tuberkulös herausgestellt. Da sich Lues wie Tuberkulose klinisch und medikamentös zweifellos erheblich beeinflussen lassen, eröffnet sich hier für die ärztliche Behandlung der Epileptiker und Idioten ein weites Feld. Speziell sollte die Serodiagnostik immer mehr zur Anwendung gelangen und daran anschließend eine spezifische Behandlung (Atoxyl, Arsenophenylglycin). — Die Kommission nimmt diese Anregungen und Ausführungen mit großem Interesse entgegen. *Weygandt* hebt ebenfalls die Wichtigkeit der *Wassermann*schen Reaktion bei der Diagnostik jugendlicher Schwachsinnigen hervor. Auch in Hamburg sind bei einer kleinen Zahl solcher Fälle diesbezügliche Versuche mit bemerkenswerten Ergebnissen angestellt worden.

Vogt, der am Erscheinen verhindert war, hat schriftliche Einreichung seiner Berichte in Aussicht gestellt. *Kluge.*

2. Die Sitzung des Ausschusses zur Vorbereitung des internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke (Berlin 1910).

Anwesend: *Alt*, *Alter*, *Aschaffenburg*, *Cramer*, *M. Fischer*, *Ganser*, *H. Gerlach*, *Gock*, *Guttstadt*, *Groß*, *Hesse*, *Kayser*, *Kirchhoff*, *Kräpelin*, *Kreuser*, *Krömer*, *H. Laehr*, *Moeli*, *Pelman*, *Peretti*, *Siemens*, *Sioli*, *Snell*, *Stoltenhoff*, *Tuczek*, *Vocke*, *G. Weber*, *Weygandt*.[1])

1. Der Ausschuß vervollständigt sich durch Zuwahl einer Anzahl von Herren mit besonderer Erfahrung in Verwaltungs- und technischen Fragen aus dem Gebiete der Fürsorge für Geisteskranke.

2. Es werden vier geschäftführende Sonderausschüsse gebildet, die sich durch Zuwahl zu ergänzen sollen:

I. für Vorträge und Sitzungen: *Moeli* (Vors.), *Alt*, *Binswanger*, *Bödeker*, *Falkenberg*, *Kräpelin*;

II. für die Ausstellung: *Alt* (Vors.), *Goecke*, *Guttstadt*;

III. für Literatur und Presse: *Sommer* (Vors.), *Bratz*, *Bresler*, *Gaupp*;

IV. für gesellige Veranstaltungen: *Gock* (Vors.), *Kluge*.

3. Es wird über die Bildung eines Ehrenausschusses verhandelt und die dafür maßgebenden Gesichtspunkte festgestellt.

4. Als Themata für Referate werden ausersehen:

I. a) Was wissen wir über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheit?

b) Läßt sich eine Zunahme der Geisteskranken feststellen?

---

[1]) Ihren Beitritt hatten noch zugesagt: *Binswanger*-Jena, *Bresler*-Lublinitz, *Delbrück*-Ellen, *Lehmann*-Dösen, *Pätz*-Altscherbitz, *Schüle*-Illenau, *Schuchardt*-Gehlsheim, *Sommer*-Gießen, *Ziehen*-Berlin.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Die Schlafkrankheit.
III. Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie.
IV. Die Bedeutung der Bazillenträger in Anstalten.
V. Die Frage der freiwilligen Aufnahmen.
VI. Über poliklinische Behandlung der Psychosen.
VII. Die Frage der ausländischen Geisteskranken.
VIII. a) Beachtung des Geisteszustandes bei Einstellung und Dienstleistung in Heer und Marine.
b) Fürsorge für Psychisch-Erkrankte im Felde.
IX. Über Nervenheilstätten.

Außerdem als Vorträge:

X. Die soziale Wiedergeburt der Geisteskranken durch geregelte Arbeitstherapie.
XI. Psychopathologisches in moderner Kunst und Literatur.

5. Es wird beschlossen zu beantragen, der Deutsche Verein für Psychiatrie möge den geschäftführenden Ausschüssen des Kongresses einen Vorschuß bis zu 4000 M. zur Verfügung stellen. — Der Preis der Kongreßteilnehmerkarte wird auf 20 M. festgesetzt.

6. Die Ausstellung soll hauptsächlich die Fortschritte der Fürsorge für Geisteskranke in den letzten 25 Jahren zur Anschauung bringen. Dabei sollen auch die Lehrmittel für Schwachsinnige weitgehende Berücksichtigung finden. Eventuell werden Vorträge in der Ausstellung das Dargestellte erläutern. Firmen mit anerkannten Leistungen sind unter Aufsicht des betreffenden Sonderausschusses zur Ausstellung zuzulassen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 24. Oktober d. J. in Jena tagen. Vorträge sind bei Geh.-Rat Prof. Dr. *Binswanger* anzumelden.

Anhang zum Referat *Alt*: Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken usw. in gemeinsamer Anstalt (vgl. S. 448, Anm.).

Uchtspringe, den 30. März 1909.

Auf der diesjährigen, am 23. und 24. April tagenden Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie habe ich im Auftrage der von genanntem Verein eingesetzten „ständigen Kommission für Idiotenforschung und Fürsorge" einen Bericht zu erstatten über „Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt".

Aus diesem Anlaß bitte ich um gefällige baldige Beantwortung der nachstehenden Fragen:

1. a) Wie groß war die Zahl der jugendlichen — bis zu 14 Jahren — Geisteskranken, Epileptiker und Blöden, welche der Fürsorge der dortigen Verwaltung anheimfielen und auf deren Kosten in Anstalten verpflegt wurden a) im Jahre 1890, b) im Jahre 1900, c) im Jahre 1908?

b) Wie groß war die Gesamtzahl der Geisteskranken usw. in den vorgenannten Zeitabschnitten?

2. Wurden die jugendlichen (bis zu 14 Jahren) Geisteskranken, Epileptiker und Blöden gemeinsam mit Erwachsenen in Irren-Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen oder in besonderen vorwiegend für Jugendliche bestimmten oder doch mit besonderen Abteilungen für Jugendliche versehenen Anstalten und in welchen?

3. Waren die mit Bewahrung, Kur und Verpflegung der jugendlichen (bis zu 14 Jahren) Geisteskranken Epileptiker und Blöden betrauten Anstalten eigene Anstalten der dortigen Verwaltung oder wurden auch andere Krankenhäuser, Wohlfahrtsanstalten usw. gegen Entgelt damit betraut und in welchem Umfang?


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Bestanden in den zur Aufnahme der jugendlichen (bis zu 14 Jahren) Geisteskranken, Epileptiker und Blöden bestimmten Anstalten besondere Schuleinrichtungen für die schulfähigen Kinder?

5. Ist im Bereiche der dortigen Verwaltung die Errichtung besonderer Anstalten oder besonderer Abteilungen für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige geplant, wo und in welchem Umfang?

Für geneigte, baldige Beantwortung der gestellten Fragen gestatte ich mir schon im voraus verbindlichsten Dank zu sagen.

Prof. Dr. *Alt*,
Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe / Altm.,
Mitglied der vom Deutschen Verein für Psychiatrie bestellten ständigen Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge.

Auskünfte:

Provinz Ostpreußen.

Zu 1 a:	1890...121	zu 1 b:	1890...1506
	1900...176		1900...3004
	1908...265		1908...4268.

Zu 2: Die bildungsfähigen Kranken unter 14 Jahren werden sofort der Idiotenanstalt Rastenburg überwiesen. Dort wurden die Kranken früher gemeinsam untergebracht, seit 1901 in einem besonderen Kinderhause, seit 1908 in einem Knaben- und Mädchenhause. In der Privatanstalt Karlshof sind besondere Stationen für jugendliche Pfleglinge. In der Privatanstalt Wormditt wurden 4 jugendliche katholische Epileptische gemeinsam mit Erwachsenen verpflegt. In der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg waren 1890, 1900 und 1908 nur je 1 Kranker unter 14 Jahren untergebracht.

Zu 3: Eigene Anstalt Rastenburg und Privatanstalten Karlshof und Wormditt.

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen bestehen in Rastenburg und Karlshof.

Zu 5: Nein.

Provinz Westpreußen.

Zu 1 a:	1890..... 1	zu 1 b:	1890... 933
	1900.... 45		1900...1915
	1908.... 46		1908...2850.

Zu 2: In der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz werden die Jugendlichen mit den Erwachsenen mangels besonderer Abteilungen gemeinsam verpflegt. Im Jahre 1890 wurde ein jugendlicher Geisteskranker in der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt gemeinsam mit Erwachsenen behandelt und verpflegt. In der Provinzial-Irrenanstalt Conradstein sind die Jugendlichen in der Hauptsache in besonderen Abteilungen untergebracht.

Zu 3: Eigene Anstalten Schwetz und Neustadt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen bestehen nicht. Nur in zwei Fällen im Jahre 1900 haben in der Anstalt Schwetz 2 Jugendliche Elementarunterricht erhalten, so daß einer notdürftig schreiben und lesen lernte und auch konfirmiert werden konnte.

Zu 5: Die Einrichtung einer besonderen Idiotenabteilung bei der Irrenanstalt Schwetz zur Unterbringung von 240 Idioten ist bereits in Angriff genommen, und es wird diese Abteilung noch im Laufe des Jahres belegt werden.

In der ostpreußischen Provinzial-Anstalt Rastenburg waren untergebracht im Jahre

1900....19 Jugendliche,
1908....27 „

Provinz Brandenburg.

Zu 1 a:	1890... 66	zu 1 b:	1890...2243
	1900...316		1900...4389
	1908...546		1908...7144.

Zu 2: Die Jugendlichen sind, abgesehen von dem nur für jugendliche noch bildungsfähige Idioten bestimmten Wilhelmstift in Potsdam, in auch für Erwachsene bestimmten Anstalten, jedoch in besonderen Abteilungen, untergebracht.

Zu 3: Eigene Anstalten. In Privatanstalten waren untergebracht im Jahre

1890....66 jugendliche Kranke,
1900....58 „ „
1908....28 „ „

Zu 4: Ja.

Zu 5: Neben den vorhandenen Einrichtungen ist der Bau eines besonderen Pensionärhauses für jugendliche Idioten in Potsdam in Aussicht genommen. Für schwachsinnige, nicht unter die Novelle fallende Knaben ist die Bethlehemstiftung in Potsdam bestimmt. In den Zahlen zu 1 a befinden sich jugendliche Kranke bis zum 16. Lebensjahre.

Provinz Pommern.

Zu 1 a:	1890... 7	zu 1 b:	1890...1401
	1900...173		1900...2799
	1908...196		1908...3742

Zu 2: Die jugendlichen — bis zu 14 Jahren alten — Bloden und Epileptiker sind gemeinsam mit Erwachsenen in besonderen Anstalten untergebracht gewesen, welche zwar nicht vorwiegend für Jugendliche bestimmt, aber mit besonderen Abteilungen für diese versehen sind.

Ein jugendlicher Geisteskranker hat im Jahre 1908 in einer der bestehenden Provinzialheilanstalten Aufnahme gefunden, wo er gemeinsam mit den Erwachsenen behandelt worden ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 3: Die zur Unterbringung der Blöden und Epileptiker bestimmten Anstalten sind nicht eigene Anstalten des Provinzialverbandes, sondern durch allerhöchste Ordre mit Korporationsrechten ausgestattete private Wohltätigkeitsanstalten, deren Benutzung seitens des Provinzialverbandes durch einen Vertrag geregelt ist. Auf Kosten des Provinzialverbandes sind daselbst Kranke verpflegt worden in den Jahren

1890.... 66
1900.... 820
1908....1021.

Zur Unterbringung von Geisteskranken dienen die eigenen drei Provinzialheilanstalten und die Königliche psychiatrische und Nervenklinik in Greifswald; die Benutzung letzterer seitens des Provinzialverbandes erfolgt gleichfalls auf Grund eines Vertrages.

Zu 4: In den zur Unterbringung der Blöden und Epileptiker bestimmten Anstalten bestehen besondere Schuleinrichtungen für die bildungsfähigen Kinder.

Der Schulunterricht ist z. B. 1907 in 4 aufsteigenden Klassen nebst 6 Parallelklassen und 3 besonderen Abteilungen für Sprechunterricht, 2 für Handarbeit und 3 für Turnunterricht von 12 Lehrkräften erteilt. Es haben an dem Unterricht 141 Zöglinge teilgenommen.

Bei den Anstalten für Geisteskranke bestehen derartige Schuleinrichtungen für bildungsfähige Kinder nicht.

Zu 5: Die Frage ist zu verneinen.

Provinz Posen.

Zu 1 a:	1890...21	zu 1 b:	1890... 654
	1900...91		1900...1824
	1908...91		1908...2859.

Zu 2: Bis zum Jahre 1899/1900 wurden die jugendlichen Geisteskranken usw. gemeinsam mit Erwachsenen in den Privatanstalten zu Kraschnitz i. Schl. und Fürstenwalde a. Spr. gegen Entgelt untergebracht. Seit dieser Zeit dient zur Unterbringung der Jugendlichen die an die Provinzialirrenanstalt Kosten angegliederte besondere Idiotenanstalt.

Zu 3: Siehe Punkt 2.

Zu 4: In der Idiotenanstalt Kosten bestehen besondere Schuleinrichtungen für schulfähige Kinder.

Zu 5: Eine weitere Einrichtung ist zurzeit nicht geplant.

Provinz Schlesien.

Zu 1 a: 1890, 1900, 1908 } Wie viele von den Kranken unter 1 b unter 14 Jahren waren, ist aus den Listen nicht ohne weiteres ersichtlich.

Zu 1 b: 1890...4152
1900...6176
1908...9153.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 2: Von den hauptsächlich zur Aufnahme Erwachsener bestimmten Anstalten werden Jugendliche in der Provinzialheil- und Pflegeanstalt zu Freiburg i. Schl., in dem deutschen Samariterordensstift zu Kraschnitz und in der Krankenanstalt St. Marienstift in Branitz untergebracht. In jeder dieser Anstalten bestehen besondere Abteilungen für Jugendliche.

Vorwiegend zur Aufnahme Jugendlicher bestimmt sind: die Idiotenanstalten zu Liegnitz und Schreiberhau, die Anstalt des Vereins für Erziehung und Unterricht Geistesschwacher in Leschnitz O.-S. und die am 31. März 1905 aufgelöste Provinzialheil- und Pflegeanstalt in Kattowitz.

Zu 3: Nur die Anstalt in Freiburg gehört dem Landarmenverbande, früher auch die in Kattowitz; die anderen sind Privatanstalten.

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen für schulfähige Kinder bestehen in sämtlichen zu 2 genannten Anstalten außer in Branitz. Dieser Anstalt werden im allgemeinen nur bildungsunfähige Kinder zugewiesen, doch ist auch hier Fürsorge getroffen, daß die Kinder, soweit sie dazu fähig sind, Schulunterricht in der dort bestehenden Schule für Fürsorgezöglinge genießen.

Zu 5: Die Errichtung neuer Anstalten oder besonderer Abteilungen für Jugendliche ist hier nicht geplant, da die bestehenden Anstalten den Anforderungen bisher genügt haben und voraussichtlich auch weiter genügen werden.

Provinz Sachsen.

Zu 1 a:	1890... —	zu 1 b:	1890...1576
	1900...257		1900...3495
	1908...323		1908...4907.

Provinz Schleswig-Holstein.

Zu 1 a:	1900...147	zu 1 b:	1900...2027
	1908...224		1908...2440.

Für das Jahr 1890 können keine Angaben gemacht werden, weil der Landarmenverband dieser Provinz erst mit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 am 1. April 1893 die Fürsorge für die Geisteskranken usw. übernommen hat.

Zu 2: Jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Blöde finden in den Provinzialirrenanstalten keine Aufnahme, dagegen aber in der vorwiegend für Jugendliche bestimmten Provinzialidiotenanstalt zu Schleswig und in der Anstalt Bethel bei Bielefeld und in den Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg.

Zu 3: Eigene Anstalt Schleswig und Privatanstalten Bethel und Alsterdorf.

Zu 4: Ja.

Zu 5: Nein.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Provinz Hannover.

Zu 1 a: Die Zahl der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten kann nicht angegeben werden.

		Geisteskranke	Epileptiker	Idioten
Zu 1 b:	1890	164	12	24
	1900	2153	351	675
	1908	2687	451	903

Zu 2: In Irrenheil- und -pflegeanstalten befinden sich keine jugendlichen Kranken unter 14 Jahren. Die der Fürsorge des diesseitigen Landarmenverbandes anheimfallenden jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten werden untergebracht: 1. in der Provinzialheil- und pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen bei Hannover; 2. im Asyl für Epileptische und Idioten zu Rotenburg in Hannover; 3. in der Anstalt für Epileptische „Bethel" bei Bielefeld; 4. in der St. Vincenz-Idiotenanstalt zu Cloppenburg in Oldenburg; 5. im Stift Maria Hilf zu Tilbeck i.W. (Epileptische und Idioten) und 6. im St.-Johannes-Stift zu Ershausen auf dem Eichsfeld (Idioten).

Die unter 4. genannte Anstalt nimmt nur Kinder bis zu 15 Jahren auf. In den übrigen Anstalten werden auch Erwachsene untergebracht.

Zu 3: Die unter 2 Nr. 1 erwähnte Anstalt ist Eigentum des Provinzialverbandes, die anderen nicht.

Die Zahl der im Jahre 1908 für Rechnung des Provinzialverbandes verpflegten Kranken belief sich in Rotenburg auf 186 Epileptiker und 61 Idioten, in Bethel auf 242 Epileptiker, in Cloppenburg auf 53 Idioten, in Maria Hilf auf 16 Epileptiker und 4 Idioten, in Ershausen auf 4 Idioten.

Zu 4: In Langenhagen besteht eine Anstaltsschule mit 9 Klassen, an welcher 1 Hauptlehrer, 2 Lehrer, 3 Lehrerinnen und 3 Kindergärtnerinnen unterrichten. In Rotenburg ist eine Anstaltsschule nach Idsteiner Muster mit 1 Lehrer und 2 Lehrerinnen eingerichtet. In Cloppenburg wird der Unterricht von katholischen Schwestern, die teils geprüfte Lehrerinnen sind, in 3 Klassen erteilt. Über die Schulverhältnisse der übrigen Anstalten ist nichts Näheres bekannt.

Zu 5: Nein.

Provinz Westfalen.

Zu 1 a und b: In den westfälischen Provinzialheilanstalten waren am 1. April 1908 untergebracht im ganzen 3902 Geisteskranke, darunter 898 für eigene Rechnung, 2594 Ortsarme auf Grund des Gesetzes vom 11. Juli 1891 und 410 Landarme.

In der Fürsorge des Landarmenverbandes in Gemäßheit des vorerwähnten Gesetzes befanden sich zu demselben Zeitpunkte insgesamt 937 Idiote und 874 Epileptiker.

Zu 2: Die jugendlichen Kranken der bezeichneten Art werden seit dem 1. April 1893, dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes vom 11. Juli 1891, den nachstehend aufgeführten, seitens des westfälischen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Landarmenverbandes in Anspruch genommenen Privatanstalten zur Verpflegung überwiesen und zwar a) Idioten: dem St.-Johannes-Stift zu Marsberg bzw. Ershausen im Eichsfelde und dem Blödenheim Wittekindshof zu Volmerdingsen bei Bad Oeynhausen; b) Epileptiker: den Anstalten Bethel bei Bielefeld, Maria Lindenhof bei Dorsten, Maria Hilf in Tilbeck, Landkreis Münster, und dem St. Gerhardushospital Drolshagen, Kreis Olpe.

Die vor unter 2 a aufgeführten Anstalten sowie die Betheler Anstalt nehmen Personen beiderlei Geschlechts auf, während die Anstalt in Dorsten nur für männliche, die übrigen Anstalten nur für weibliche Personen bestimmt sind.

Zu 3: Eigene Anstalten für die unter 2 bezeichneten Personen besitzt der westfälische Landarmenverband nicht, er bedient sich vielmehr zur Unterbringung der gesetzlich seiner Fürsorge anheimfallenden Kranken ausschließlich der vorbezeichneten, zu ihm im Vertragsverhältnisse stehenden Privatanstalten. In diesen befanden sich am 1. April 1908 im ganzen 1811 Pfleglinge.

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen für die schulfähigen Kinder bestehen bei den sämtlichen unter 2 a und b aufgeführten Anstalten mit Ausnahme der in Drolshagen.

Zu 5: Die in Anspruch genommenen Privatanstalten haben bislang dem Bedürfnis zur Unterbringung von Idioten und Epileptikern, für welche der Landarmenverband gesetzlich zu sorgen verpflichtet ist, genügt. Es wird daher diesseits nicht beabsichtigt, eigene Anstalten für Kranke dieser Art zu errichten.

Reg.-Bez. Wiesbaden.

Zu 1 a und b: Zahlen sind nicht angegeben.

Zu 2: Die jugendlichen (unter 14 Jahre alten) Geisteskranken werden gemeinsam mit Erwachsenen in die Pflegeanstalten aufgenommen.

Es wird jedoch hierzu bemerkt, daß seit einigen Jahren in der dem Herrn Landeshauptmann nicht unterstellten Irrenanstalt der Stadt Frankfurt a. M. die jugendlichen von den erwachsenen Geisteskranken getrennt in Abteilungen behandelt und erzogen werden. In diese Abteilunge sind auch durch den Provinzialverband mehrere kranke Kinder eingewiesen worden.

Zu 3: Die Geisteskranken werden in den eigenen Anstalten zu Eichberg, Weilmünster und Hadamar verpflegt; Epileptiker und Blöde werden gegen Entgelt in Privatanstalten untergebracht.

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen für schulfähige Kinder bestehen in den Landesheil- und -pflegeanstalten nicht, wohl aber in den benutzten Privatanstalten für epileptische und schwachsinnige Kinder und in der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Zu 5: Die Errichtung einer besonderen Abteilung für jugendliche Geisteskranke (insbesondere Fürsorgezöglinge) ist in letzter Zeit erwogen worden, doch ist ein Beschluß noch nicht gefaßt.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reg.-Bez. Kassel.

Zu 1 a: 1890 } Nicht mehr festzustellen, weil nach dem Alter
1900 } nicht getrennt.
1908 ... 152.

Zu 1 b: 1890 ... 1303
1900 ... 1742
1908 ... 2475.

Zu 2: Jugendliche heilbare Geisteskranke werden in der Landesheilanstalt Marburg behandelt gemeinsam mit Erwachsenen; alle übrigen Jugendlichen werden in Privatanstalten untergebracht.

Zu 3: Zum weitaus größten Teil in anderen Anstalten gegen Entgelt.

Zu 4: Ja.

Zu 5: Nein.

Rheinprovinz.

Zu 1 a und b: Auskunft konnte nicht erteilt werden, weil eine entsprechende Statistik nicht bestand. Für den Begriff der jugendlichen und erwachsenen Kranken ist eine Altersgrenze von 16 Jahren festgesetzt worden. Hinsichtlich der Geisteskranken ist zu bemerken, daß diese reglementmäßig ohne Rücksicht auf ihr Alter zunächst zur Aufnahme in die zuständige Provinzialheil- und -pflegeanstalt vorgeschlagen werden und erst, nach Feststellung ihrer Unheilbarkeit, zur Überweisung in eine Pflegeanstalt gelangen, soweit in einer solchen Platz vorhanden.

Zu 2: In der Provinzialheil- und -pflegeanstalt Johannistal bei Süchteln besteht eine besondere Abteilung für Epileptiker und zwar auch für schulfähige Epileptiker katholischer Konfession, wohingegen die jugendlichen Epileptiker evangelischer Konfession der Anstalt für Epileptische in Bethel bei Bielefeld überwiesen werden.

Zu 3: Neben den Provinzialheil- und -pflegeanstalten werden die in der Rheinprovinz bestehenden Pflegeanstalten (Stadtasyle, Irren- usw. pflegeanstalten, Krankenhäuser usw.) benutzt, deren Zahl 108 beträgt.

Zu 4: Zur Aufnahme von Epileptischen beiderlei Geschlechts ohne Rücksicht auf ihre Konfession dient vom 1. Juli 1905 ab die Anstalt Johannistal, unter Ausschluß der in schulpflichtigem Alter stehenden Kinder evangelischen Bekenntnisses, welche nach wie vor in Bethel bei Bielefeld Aufnahme finden.

Die Unterbringung der Idioten erfolgte konfessionell getrennt in verschiedenen Privatanstalten. Maßgebend für die Auswahl derselben war die Beantwortung der Frage, ob der Kranke nach dem eingeholten fachmännischen Gutachten als bildungsfähig, erziehungsfähig oder weder bildungsfähig noch erziehungsfähig zu erachten war.

Die bildungs- und erziehungsfähigen katholischen Kinder wurden hauptsächlich dem Franz Sales-Hause zu Essen-Huttrop, bzw. soweit sie aus dem Süden der Provinz stammten, der Bildungs- und Pflegeanstalt St.-Vinzenz-Stift in Aulhausen bei Aßmannshausen überwiesen. Daneben


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde zur Unterbringung von katholischen bildungs- bzw. erziehungsfähigen idioten Mädchen die Idiotenanstalt St. Bernardin in Hamp bei Capellen, Kreis Geldern, benutzt.

Zur Unterbringung der evangelischen Idioten diente die Idiotenerziehungs- und -pflegeanstalt Hephata zu M.-Gladbach und das zweite Rheinische Diakonissenmutterhaus zu Kreuznach mit seinen Filialen zu Asbacherhütte und Niederreidenbacher Hof bei Fischbach a. d. Nahe sowie zu Hüttenberg-Sobernheim, und zwar die Idiotenanstalt Hephata zur Aufnahme von evangelischen Idioten männlichen Geschlechts und das zweite Rheinische Diakonissenmutterhaus zu Kreuznach zur Aufnahme von evangelischen Idioten weiblichen Geschlechts.

In verschiedenen Anstalten, welche bisher Schuleinrichtungen nicht oder nur in geringem Maße hatten, sind infolge Anregung der Provinzialverwaltung Vorbereitungs- bzw. Fortbildungsklassen eingerichtet worden, in denen nach einem Normalstundenplan unterrichtet wird.

Zu 5: Die Errichtung einer besonderen Anstalt für jugendliche Geisteskranke usw. ist zurzeit nicht beabsichtigt.

Königreich Bayern.

1. Niederbayern.

Zu 1 a und b: Kann ohne weitere Erhebungen nicht beantwortet werden.

Zu 2: Gemeinsam mit Erwachsenen in Irrenheil- und -pflegeanstalten und Epileptiker und Blöde auch in Kretinenanstalten.

Zu 3: Kreisanstalt ist die Heil- und Pflegeanstalt Deggendorf. Kreisstiftung unter der Verwaltung der barmherzigen Brüder und unter Aufsicht der Kgl. Regierung von Niederbayern ist die Anstalt für männliche Kretinen und Unheilbare in Straubing. Städtische Anstalt ist die Anstalt für weibliche Kretinen und Unheilbare in Deggendorf.

An die beiden letzteren Anstalten wurden für kreisangehörige Zöglinge aus Kreismitteln Zuschüsse von Fall zu Fall bewilligt. Solche Zuschüsse wurden auch in besonderen Fällen an auswärtige Anstalten für kreisangehörige Zöglinge gegeben, so insbesondere an die im Eigentum der St.-Josephs-Kongregation stehende Kretinenanstalt Ursberg in Schwaben.

Zu 4: Nein.

Zu 5: Nein.

2. Pfalz.

Zu 1 a:	1890...35	zu 1 b:	1890...1340
	1900...40		1900...1534
	1908...48		1908...1777.

Zu 2: Die Jugendlichen (Epileptiker und Blöde) wurden in die an der Kreiskranken- und -pflegeanstalt Frankenthal bestehende eigene Abteilung für idiotische und epileptische Kinder aufgenommen. Die Ab-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teilung ist in eigenem Hause und umfaßt 48 Pfleglinge — 33 Knaben und 15 Mädchen.

Zu 3: Die Kreiskranken- und -pflegeanstalt Frankenthal ist eine Kreisanstalt; andere Krankenhäuser, Wohlfahrtsanstalten usw. wurden nicht mit der Bewahrung, Kur und Verpflegung von jugendlichen Geisteskranken, Blöden und Epileptikern gegen Entgelt betraut.

Zu 4: Hier bestehen für die jugendlichen schulfähigen Kinder besondere Schuleinrichtungen.

Zu 5: Nein.

3. Oberfranken.

Zu 1 a: — zu 1 b: 1890...399
1900...552
1908...836.

Zu 2: Die jugendlichen Geisteskranken werden nicht abgesondert untergebracht, sondern unter Beachtung einer gewissen Vorsicht bei den Erwachsenen gelassen. Auch die drei Blödenanstalten des Kreises sind nicht ausschließlich für Jugendliche eingerichtet, haben jedoch für jugendliche, bildungsfähige Pfleglinge besondere Abteilungen.

Diese Anstalten sind: a) die von der Diakonissenanstalt Neuendettelsau betriebene Blödenanstalt Himmelkron; b) die Wohltätigkeits- und Pflegeanstalt der barmherzigen Brüder in Gremsdorf und c) die vom Kretinenhilfsverein für Oberfranken unterhaltene Anstalt Burgkundstadt.

Zu 3: Eigene Kreis- oder Staatsanstalten für jugendliche Geisteskranke usw. sind im Regierungsbezirke nicht vorhanden. Es wird den Angehörigen bzw. Armenpflegen überlassen, derartige jugendliche Personen in geeigneten Anstalten unterzubringen.

Es ist auch Aufgabe der Distriktsverwaltungsbehörden und Amtsärzte, dahin zu wirken, daß jugendliche Personen, welche der Anstaltspflege bedürfen, in Anstalten untergebracht werden.

Zu 4: In der Blödenanstalt Himmelkron wird an bildungsfähigen Pfleglingen von drei Lehrkräften Unterricht erteilt, in Burgkundstadt werden die bildungsfähigen Pfleglinge in einer Schulabteilung nach Möglichkeit unterrichtet, in Gremsdorf ist ein förmlicher Unterricht bei den zur Aufnahme kommenden Schwerkranken ausgeschlossen.

Zu 5: Nein.

4. Mittelfranken.

Zu 1 a: —
Zu 1 b: Kreisirrenanstalt Erlangen.
1890...unbekannt
1900...913
1908...706.
Kreisirrenanstalt Ansbach, erst 1902 in Betrieb genommen.
1908...564.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 2 und 3: Die Satzungen für die beiden Kreisirrenanstalten schließen zwar die Aufnahme jugendlicher Geisteskranken nicht aus, doch wurden solche bisher nur in sehr vereinzelten Fällen aufgenommen. Mehr in Anspruch genommen hierfür sind die privaten Blödenanstalten zu Neuendettelsau, Bruckberg und Polsingen. Weder in den beiden Kreis-irrenanstalten Erlangen und Ansbach noch in den drei vorbezeichneten Privatanstalten befinden sich besondere Abteilungen für Jugendliche.

Zu 4: Solche besondere Schuleinrichtungen bestanden in den privaten Blödenanstalten zu Neuendettelsau, Bruckberg und Polsingen.

Zu 5: Nein.

5. Schwaben und Neuburg.

Zu 1—5: Die Fragen bezüglich der in Betracht kommenden Anstalten zu Kaufbeuren, Schweinspoint, Lauingen, Ursberg und Deybach können ohne weitere Erhebungen nicht beantwortet werden.

6. Oberpfalz und Regensburg.

Zu 1 a:	1890...—	zu 1 b:	1890...35
	1900...—		1900...45
	1908... 1		1908...79.

Für die Privatanstalten Lauterhofen, Holnstein und Reichenbach ohne weitere Erhebungen nicht zu beantworten.

Zu 2: Karthaus-Prüll: Gemeinsame Aufnahme,
Reichenbach: Gemeinsame Aufnahme (nur männl. Pers.),
Lauterhofen: Gemeinsame Aufnahme (nur weibl. Pers.),
Holnstein: Gemeinsame Aufnahme (nur weibl. Pers.).

Zu 3: Gegenstandslos.

Zu 4: Gegenstandslos.

Zu 5: Nein.

7. Oberbayern.

Zu 1 a:	1890... 20	zu 1 b:	1890...334
	1900... 28		1900...222
	1908...116		1908...642.

Zu 2: Anstalt Attl. Mit Erwachsenen gemeinsam verpflegt.

Anstalt Ecksberg. Aufnahme in jedem Lebensalter, jedoch eigene Abteilungen für Jugendliche und Erwachsene, wie für bildungsfähige und nicht bildungsfähige.

Anstalt Schönbrunn. In den männlichen wie weiblichen Pflegen besteht je eine Abteilung für Jugendliche.

Zu 3: Andere Anstalten wurden mit der Verwahrung, Kur und Verpflegung nicht betraut.

Zu 4: Ecksberg. Für Schul- bzw. bildungsfähige Kinder besteht Anstaltsschule mit Vorbereitungskurs, Unterstufe für Schwächere.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberstufe für Befähigtere. Handfertigkeitsunterricht wird erteilt, ab Herbst 1909 nach Leipziger System.

Schönbrunn. Eigene Schule für die schulpflichtigen und schulfähigen Kinder eingerichtet. Eine staatlich geprüfte Lehrerin erteilt Unterricht; alljährlich findet öffentliche Schulprüfung statt.

Zu 5: Nein.

8. Unterfranken und Aschaffenburg.

Zu 1 a:	1890...—	zu 1 b:	1890...565
	1900...—		1900...677
	1908... 2		1908...866.

Zu 2: Ja.

Zu 3: —.

Zu 4: Nein.

Zu 5: Nein, weil im Kreise bereits eine Idiotenanstalt besteht.

Königreich Sachsen.

Zu 1 a:	1890...272	zu 1 b:	1890...4231
	1900...550		1900...5480
	1908...631		1908...6382.

Zu 2: Zur Aufnahme von jugendlichen Geisteskranken, für die keine besonderen Irren- Heil- und Pflegeanstalten bestehen, in die Landesanstalten für Erwachsene ist besondere Genehmigung des Ministeriums des Innern nötig. Solche Aufnahmen erfolgen sehr selten.

Für jugendliche Schwachsinnige besteht seit 1905 die Landesanstalt zu Chemnitz mit einer besonderen Hilfsstation für bildungsunfähige Schwachsinnige (Blöde) in Hubertusburg, die von der dortigen Landesanstalt für erwachsene Geisteskranke völlig getrennt ist.

Die jugendlichen Epileptiker werden in der Landesanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen aufgenommen und völlig getrennt von den Erwachsenen verpflegt.

Zu 3: Die betreffenden Verpflegten werden nur in eigenen Anstalten aufgenommen.

Zu 4: Für die Schwachsinnigen und Epileptiker sind besondere Schuleinrichtungen vorhanden, ebenso erhalten die jugendlichen Geisteskranken Unterricht, da an allen Landesanstalten für erwachsene Geisteskranke Lehrer angestellt sind. Die Blöden haben keinen Schulunterricht mehr, nachdem sich ergeben hat, daß sie völlig bildungsunfähig sind.

Zu 5: Eine besondere Anstalt für jugendliche Geisteskranke wird nicht geplant. Zurzeit ist eine neue Landesanstalt für bildungsunfähige Schwachsinnige in Großhennersdorf im Bau. Nach deren Eröffnung wird die Hilfsstation in Hubertusburg — zurzeit etwa 100 Köpfe — aufgehoben werden. Die Anstalt ist zunächst für die Aufnahme von 200 Kindern geplant.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Darnach werden im Königreich Sachsen die verschiedenen Arten von minderwertigen Jugendlichen je in verschiedenen Anstalten untergebracht sein: die erziehungsfähigen Schwachsinnigen in der Erziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf, die Epileptischen in der Spezialanstalt Hochweitzschen, die Blöden (körperlich und geistig Siechen) in Großhennersdorf.

Königreich Württemberg.

In Württemberg ist die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige insofern getrennt, als die Fürsorge für Geisteskranke im engern Sinn in der Hauptsache der Staat übernommen hat, während Epileptiker, Schwachsinnige und Blöde in Anstalten der Privatwohltätigkeit verpflegt werden. Der Staat gibt diesen Anstalten einen mehr oder weniger großen jährlichen Zuschuß und führt auch die Aufsicht über diese Anstalten; im übrigen ist die Verwaltung derselben vollständig selbständig. Die Aufnahme von Geisteskranken unter 14 Jahren in die Staatsirrenanstalten ist zwar nicht ausdrücklich ausgeschlossen, doch sind bis jetzt Aufnahmegesuche dieser Art nur sehr selten. In weitaus den meisten Fällen war es möglich, die betreffenden Kinder, die vorwiegend Epileptiker waren, in einer der Anstalten der Privatwohltätigkeit unterzubringen. Bestimmte Zahlen, wie viele Kranke unter 14 Jahren im Jahre 1890, 1900 und 1908 in den Irrenanstalten sich befanden, sind nicht anzugeben. So viel kann jedoch ohne weiteres gesagt werden, daß es sich höchstens um ganz vereinzelte Fälle handeln kann, die im Alter zudem nicht weit unter 14 Jahre heruntergehen.

Am 1. Januar 1890 waren in den Irrenanstalten des Landes 2346 Kranke untergebracht, für die Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische läßt sich die Zahl aus dem Medizinalbericht nicht erheben. Am 1. Januar 1900 waren es in den Irrenanstalten 2838 Kranke, in den Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische waren es 1383. Die Zahlen für 1908 sind noch nicht festzustellen.

Am 31. Dezember 1907 betrug die Zahl der Geisteskranken 3860, in den Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische wurden im Jahr 1907 2101 Kranke verpflegt.

Die jugendlichen Kranken werden wenn irgend möglich in den Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische untergebracht, welche entsprechende Einrichtungen, insbesondere auch entsprechende Schuleinrichtungen besitzen. Ausgesprochene Psychosen könnten gegebenenfalls in den Irrenanstalten Aufnahme finden, die aber bei der Seltenheit solcher Aufnahmen keine besonderen Einrichtungen für Jugendliche haben.

Die Errichtung besonderer Anstalten bzw. besonderer Abteilungen für nicht irrenanstaltsbedürftige Epileptiker und Schwachsinnige ist vom Staat zurzeit nicht beabsichtigt, da die unter Staatsaufsicht stehenden Anstalten der Privatwohltätigkeit ihrer Aufgabe in durchaus befriedigender Weise nachkommen und, wenn auch weitere Plätze sehr erwünscht wären,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Staatsfinanzverwaltung zurzeit nicht in der Lage ist, größere Mittel für diesen Zweck bereitzustellen.

Großherzogtum Baden.

Zu 1 a: Jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Blöde werden im Großherzogtum Baden nicht auf Kosten des Staates, sondern auf Kosten der Angehörigen, der Land- oder Orts-Armenverbände oder sonstiger Fürsorger in Anstalten verpflegt.

Zu 1 a:	1890...439	zu 1 b:	1890...3044
	1900...605		1900...4255
	1907...744		1907...6032.

Zu 2 und 3: Die jugendlichen Geisteskranken usw. werden in die staatlichen Irren- Heil- und Pflegeanstalten nicht aufgenommen, sondern in die vorwiegend für Jugendliche bestimmten im Eigentum und unter Leitung von Wohltätigkeitsgesellschaften stehenden Anstalten: St.-Josefs-Anstalt in Herten (gegründet 1879), Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache in Mosbach (gegründet 1880) und Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Kork (gegründet 1892), auf Kosten der Eltern, Armenverbände usw. untergebracht.

Die beiden letztgenannten Anstalten erhalten regelmäßige Beiträge aus der Staatskasse zu den Betriebskosten.

Zu 4: In den genannten drei Anstalten bestehen besondere Schuleinrichtungen für bildungsfähige Kinder.

Zu 5: Die Errichtung besonderer staatlicher Anstalten oder besonderer Abteilungen für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten ist zurzeit noch nicht geplant.

Großherzogtum Hessen.

Zu 1 a:	1890...105	zu 1 b:	1890...1186
	1900...119		1900...1988
	1908...182		1908...2812.

Zu 2: Da in Hessen die einigermaßen bildungsfähigen schwachsinnigen Kinder in die Idiotenanstalt nach Darmstadt, die jugendlich Epileptischen nach Nieder-Ramstadt kommen, so haben die Irrenanstalten nur höchst selten Aufnahmen von Jugendlichen, z. B. von 1890—1908 nur vier Fälle. Drei davon waren tief verblödete, bildungsunfähige Idioten, die mit Erwachsenen gemeinschaftlich auf entsprechenden Abteilungen verpflegt wurden. Ein 13 jähriger hystero-epileptischer Knabe wurde ½ Jahr in der Landesirrenanstalt Philippshospital verpflegt und wesentlich gebessert entlassen.

Ein Patient (Lehrer) unterrichtete ihn.

In der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen besteht eine besondere Abteilung für Jugendliche nicht. Doch wurde bei der Unterbringung solcher sorgfältige Rücksicht darauf genommen, daß


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sie nicht in Berührung mit Elementen des Krankenbestandes kamen, welche schädigend auf sie hätten einwirken können.

In der Großh. Anstalt Darmstadt (Alicestift) verbleiben die Pfleglinge nur bis zum vollendeten 18. Jahre. Eine strenge Scheidung zwischen Pfleglingen über und unter 14 Jahren findet hier nicht statt. In der Anstalt Nieder-Ramstadt befinden sich besondere Abteilungen für Jugendliche.

Zu 3: Nur eigene Anstalten.

Zu 4: Im Alicestift Darmstadt wird Unterricht zurzeit in fünf Klassen erteilt, in Nieder-Ramstadt ist eine zweiklassige Volksschule.

Zu 5: Die Errichtung einer Anstalt für Schwachsinnige in der Provinz Oberhessen ist seit längerem geplant.

Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Zu 1 a:	1890... 78	zu 1 b:	1890...1012
	1900...113		1900...1336
	1908...239		1908...1663

Zu 2: Die jugendlichen Kranken wurden nur in einer besonderen, vorwiegend für Jugendliche bestimmten Anstalt, der Bildungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder zu Schwerin, aufgenommen.

Zu 3: Die unter 2 erwähnte Anstalt ist eine staatliche. Einzelne jugendliche Kranke aus Mecklenburg-Schwerin befinden sich immer noch in den Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg und in der Anstalt Kückenmühle bei Stettin.

Zu 4: Ja.

Von den im Jahre 1908 in der Anstalt für geistesschwache Kinder überhaupt Verpflegten wurden im ganzen 78 unterrichtet und zwar in drei aufsteigenden Klassen (von welchen die dritte in zwei Parallelklassen geteilt war) und zwei Vorschulklassen von einem Hauptlehrer, zwei Lehrern, einer Lehrerin und zwei Lehrschwestern.

Zu 5: Vorläufig wohl mit nein zu beantworten, da Einleitungen zur Errichtung einer besonderen Anstalt für Epileptische bisher nicht getroffen worden sind.

Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach.

Zu 1 a:	1890... 5	zu 1 b:	1890... 708
	1900...14		1900...1193
	1908... 5		1908...1636.

Zu 2: Die jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Blöden werden im Großherzogtum gemeinsam mit Erwachsenen aufgenommen.

Zu 3: Es werden von der Staatsverwaltung mit der Bewahrung, Verpflegung und Behandlung von jugendlichen wie andern Geisteskranken usw. regelmäßig nur staatliche Anstalten betraut.

Nur ganz vereinzelt sind blöde Kinder in den Wohltätigkeitsanstalten Karolinenheim (Siechenanstalt) zu Apolda (Großherzogtum Sachsen) und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anna-Luisen-Stift zu Blankenburg (Schwarzburg-Rudolstadt; für nicht bildungsfähige Krüppel) untergebracht worden.

In der Herzoglich Sachsen-Altenburgischen Idiotenanstalt „Martinshaus" in Roda werden überdies für bildungsfähige Idioten im Alter von 6—16 Jahren aus dem Großherzogtum Sachsen vierzig Plätze staatsvertragsmäßig zur Verfügung gehalten.

Frage 4 ist zu verneinen.

Zu 5: Die Errichtung besonderer Abteilungen bzw. Anstalten für jugendliche Geisteskranke usw. ist zurzeit nicht geplant.

Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

Die gestellten Fragen können nur zum Teil und nur in Beziehung auf die Landesirrenanstalt Strelitz beantwortet werden.

In dem Zeitraum von 1890—1908 sind vier Personen unter 14 Jahren wegen Epilepsie, Geisteskrankheit usw. in die genannte Anstalt aufgenommen worden. Dem Anstaltsleiter ist aus amtlicher und außeramtlicher Tätigkeit bekannt geworden, daß das Bedürfnis zur Aufnahme von derartigen Kranken reichlich oft vorhanden gewesen, und daß eine ganze Reihe von solchen Kindern auswärtigen Anstalten zugeführt worden ist. Zahlen hierüber können leider nicht mitgeteilt werden.

Die Gesamtzahl der Geisteskranken betrug

1890.....127
1900.....152
1908.....236.

Eine besondere Abteilung für jugendliche Geisteskranke usw. besteht in der Landesirrenanstalt nicht. Unterricht wurde gegebenenfalls erteilt. Es ist ein Neubau bei der Irrenanstalt in Angriff genommen, der die Aufnahme von 50 Epileptikern, Idioten usw. ermöglicht.

Großherzogtum Oldenburg.

Zu 1a: 1890, 1900, 1908 } kann nicht angegeben werden.

Zu 1b: 1890...124
1900...243
1908...275.

Nach einer Auskunft des Landesarztes in Oldenburg werden in der Idiotenanstalt daselbst etwa 100 Pfleglinge beiderlei Geschlechts in getrennten Abteilungen verpflegt. Die Anstalt ist staatlich geleitet. In dem St.-Vinzent-Stift zu Cloppenburg werden etwa ebensoviel Kinder katholischer Konfession unterrichtet. Die Anstalt ist Privatanstalt. Die jugendlichen Epileptiker, Blöden usw. werden nicht mit Erwachsenen zusammen verpflegt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herzogtum Braunschweig.

Zu 1 a:	1890... 41	zu 1 b:	1890... 589
	1900... 52		1900... 777
	1908...117		1908...1113.

Zu 2: Epileptiker und Blöde werden, soweit sie nicht für sich oder andere gefährlich oder anstößig für die öffentliche Schicklichkeit sind, in die vorwiegend für Jugendliche bestimmte Anstalt Neu-Erkerode aufgenommen. Für die Jugendlichen sind dort besondere Abteilungen vorgesehen. In Königslutter ist während der letzten 25 Jahre nur einmal ein Kind unter 14 Jahren behandelt worden. (Einfache Seelenstörung. Geheilt.)

Zu 3: Königslutter ist Staatsanstalt, Neu-Erkerode Wohlfahrtsanstalt. Die Unterbringung in Erkerode erfolgt gegen Entgelt für den einzelnen Kranken.

Zu 4 und 5: Neu-Erkerode besitzt aus Staatsmitteln erbaute vorzügliche Schulen und Kinderabteilungen für das ganze Herzogtum. (Gesetz vom 30. März 1894.) Ein geordneter Schulbetrieb, freilich in wesentlich bescheidenerem Umfange als jetzt, bestand dort bereits seit dem Jahre 1880. Weitere Neubauten für Jugendliche sind, da kein Bedürfnis vorliegt, zurzeit nicht geplant.

Herzogtum Meiningen.

Zu 1 a:	1890... 3	zu 1 b:	1890...262
	1900...32		1900...324
	1908...50		1908...406.

Zu 2: Die jugendlichen Geisteskranken wurden ausschließlich in der Herzoglichen Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Hildburghausen, und zwar gemeinschaftlich mit Erwachsenen, die Epileptiker und Blöden zum Teil in Familienpflege allein, zum Teil im Pensionat für Schwachsinnige in Aue, in dem auch Erwachsene verpflegt wurden, untergebracht.

Zu 3: Die Kreise, denen im Herzogtum die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptiker und Blöde obliegt, besitzen eigene Anstalten nicht; die Herzogliche Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Hildburghausen ist Staatsanstalt, das Pensionat für Schwachsinnige in Aue ist Privatunternehmen.

Zu 4: In Hildburghausen nicht, dagegen in Aue.

Zu 5: Nein.

Herzogtum Altenburg.

Zu 1 a:	1890...15	zu 1 b:	1890...226
	1900...20		1900...359
	1908...24		1908...385.

Hierzu sei bemerkt, daß die vorstehenden Zahlen nur solche Verpflegte betreffen, die die Staatsangehörigkeit des Herzogtums S.-Altenburg besitzen.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In die Anstalten wurden außer diesen auf Grund abgeschlossener Staatsverträge die Geisteskranken des Fürstentums Reuß j. L. und die idiotischen bzw. epileptischen Kinder des Großherzogtums S.-Weimar aufgenommen.

Zu 2: Mit der Landesirrenanstalt, dem Herzoglichen „Genesungshaus“, ist als Zweiganstalt die Landesidiotenanstalt „Martinshaus“ verbunden. Beide Anstalten stehen unter einer ärztlichen Leitung. Das Martinshaus ist lediglich zur Aufnahme jugendlicher Blöder und Epileptiker bestimmt. Jugendliche Geisteskranke (solche akuter Art mit Erregungszuständen werden vorkommendenfalls in die Irrenheilanstalt „Genesungshaus“ aufgenommen.

Zu 3: Eigene Anstalten.

Zu 4: Die bildungsfähigen Zöglinge des Martinshauses werden regelmäßig von einem in der Blödenfürsorge besonders ausgebildeten Pädagogen und dessen Gehilfinnen unterrichtet.

Zu 5: Nein.

Herzogtum Sachsen-Coburg und Gotha.

Zu 1 a:	1890... 6	zu 1 b:	1890... 13
	1900...25		1900... 67
	1908...21		1908...160.

Zu 2: Die jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Blöden waren in besonderen, vorwiegend für Jugendliche bestimmten oder mit besonderen Abteilungen für Jugendliche versehenen Anstalten untergebracht; als solche kam in erster Linie das Herzogin-Marie-Stift in Gotha in Frage, einzelne Kranke waren auch in dem Samariter-Haus der Pfeifferschen Stiftungen in Krakau-Magdeburg, der Anstalt für Schwachsinnige in Aue und dem Elisabeth-Stift in Neinstedt untergebracht.

Zu 3: Eigene Anstalten zur Bewahrung, Kur und Verpflegung jugendlicher Geisteskranker besitzt die Gothaische Staatsverwaltung nicht; das Herzogin-Marie-Stift ist eine unter eigener Verwaltuug stehende Stiftung, die anderen unter 2 angegebenen Anstalten liegen außerhalb des Herzogtums.

Zu 4: In der Herzogin-Marie-Stiftung bestehen besondere Schuleinrichtungen für schulpflichtige Kinder.

Zu 5: Die Errichtung neuer Anstalten für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige ist nicht geplant, die Herzogin-Marie-Stiftung genügt für das vorhandene Bedürfnis.

Herzogtum Anhalt.

Zu 1 a: Unterschiede nach dieser Altersgrenze sind nicht gemacht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 1 b: 1890...499
1900...646
1908...769.

Zu 2: Jugendliche Geisteskranke werden von uns in den nur vereinzelt vorkommenden Fällen in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Bernburg gemeinsam mit Erwachsenen, epileptische Kinder in den Neinstedter Anstalten, schwachsinnige Kinder in der Erziehungsanstalt Dessau für schwachsinnige Kinder, blödsinnige, bildungsunfähige Kinder in der zunächst probeweise eingerichteten Kinderabteilung der Landessiechenanstalt in Hoym untergebracht.

Zu 3: Eigene Anstalten sind

1. Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Bernburg,
2. Die Landessiechenanstalt in Hoym,
3. Die Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Dessau.

Mitbenutzt werden die Neinstedter Anstalten in Neinstedt a. Harz.

Zu 4: Die Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder hierselbst sowie die Neinstedter Anstalten besitzen Anstaltsschulen.

Zu 5: Nur der weitere Ausbau der probeweise eingerichteten Kinderabteilung in der Landessiechenanstalt in Hoym, welche zur Aufnahme blödsinniger, bildungsunfähiger Kinder im Alter von 2—14 Jahren dienen soll, ist geplant, sofern sich diese Neuerung auch künftig bewähren sollte.

Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

Zu 1 a:	1890...—	zu 1 b:	1890... 46
	1900... 7		1900... 99
	1908... 3		1908...131.

Zu 2: Die jugendlichen Epileptiker und Blöden wurden in besonderen, vorwiegend für Jugendliche bestimmten Anstalten aufgenommen, und zwar

a) im Neinstedter Elisabethstift in Neinstedt (Harz),
b) in der Herzogin-Marie-Stiftung in Gotha,
c) im Anna-Luisen-Stift in Blankenburg (i. Thür.) (in letzterem nur bildungsunfähige Krüppel).

Zu 3: Die Anstalten unter 2 a und b sind keine eigenen. Zu den Verpflegungskosten gewährte der Staat den zur Fürsorge für die Pfleglinge verpflichteten Angehörigen oder Gemeinden angemessene Beihilfen.

Zu 4: a) Bei dem Neinstedter Elisabethstift in Neinstedt ist mit der Anstalt eine Elementarschule verbunden.

b) In der Herzogin-Marie-Stiftung in Gotha geschieht die Ausbildung der bildungsfähigen Zöglinge durch gemeinsamen Schulunterricht in den Elementarfächern und Handfertigkeiten. Um ihnen für die Zukunft die Möglichkeit eines Lebenserwerbes zu schaffen, werden die kräftigen Knaben


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei gutem Wetter im Garten bzw. im Feld, bei ungünstiger Witterung in Bürstenmacherei und Rohrflechterei beschäftigt, während die Mädchen regelmäßigen Unterricht im Stricken und Flicken erhalten.

Zu 5: —.

Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

Zu 1 a:	1890...1	zu 1 b:	1890... 63
	1900...5		1900...111
	1908...2		1908...136.

Zu 2: Jugendliche Epileptiker und Blöde wurden in den besonderen Anstalten, und zwar: in der Idiotenanstalt in Scheuern bei Nassau, in den Neinstedter Anstalten und in der Herzogin-Marie-Stiftung in Gotha untergebracht.

Zu 3: Die genannten Anstalten sind keine eigenen. Andere Kranken- und Wohlfahrtsanstalten usw. sind zur Unterbringung nicht benutzt worden. Für die Unterbringung jugendlicher Epileptiker aus dem Fürstentum kommt eventuell noch das Anna-Luisen-Stift in Blankenburg i. Thür. (Krüppelpflegeanstalt für bildungs u n fähige Krüppel) in Betracht. In den bezeichneten Jahren sind jedoch jugendliche Pfleglinge nicht eingeliefert worden.

Zu 4: Schuleinrichtungen sind in den Anstalten zu Scheuern. Gotha und Neinstedt vorhanden.

Zu 5: Die Frage ist zu verneinen.

Fürstentümer Waldeck und Pyrmont.

Zu 1—4: In den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont sind Anstalten zur Unterbringung von Geisteskranken, Epileptikern und Blöden nicht vorhanden. Alle hierländischen Geisteskranken usw., von denen nach den hier geltenden Bestimmungen übrigens nur die Gemeingefährlichen der Fürsorge der Staatsverwaltung anheimfallen, werden in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten oder in Privatanstalten — z. B. Anstalt Bethel bei Bielefeld — der benachbarten Bundesstaaten untergebracht.

Zu 5: Der Verein „Waldecksche Krüppelhilfe", welcher den Zweck verfolgt, die Lage der armen verkrüppelten, blöden, epileptischen, taubstummen und blinden Kinder des Landes zu bessern, hat den Bau eines „Krüppelheims" bei der Stadt Arolsen in nahe Aussicht genommen. Geplant ist ein größeres Gebäude, welches etwa 50 Krüppelkindern Aufnahme gewähren kann. Es ist anzunehmen, daß der Bau im Jahre 1911 fertiggestellt sein wird.

Fürstentum Reuß ältere Linie.

Zu 1 a: In den fraglichen Jahren sind jugendliche Geisteskranke usw auf Kosten der Staatsverwaltung in Anstalten nicht untergebracht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu 1 b: 1890...32
1900...50
1908...60.

Zu 2: Jugendliche Blöde usw. sind vielfach in besonderen für Jugendliche bestimmten, auswärtigen Anstalten untergebracht, namentlich in den Anstalten zu Himmelkron (Bayern) ferner Herzogin-Marie-Stiftung in Gotha, Anna-Luisen-Stiftung zu Blankenburg i. Thür. u. a.

Zu 3: Eigene Anstalten fraglicher Art bestehen nicht.

Zu 4: —.

Zu 5: Die Errichtung solcher Anstalten ist nicht geplant.

Fürstentum Reuß jüngere Linie.

Im Fürstentum Reuß j. L. kommen als Anstalten zur Fürsorge für Geisteskranke, Epileptiker und Blöde nur die beiden „Bezirkshäuser" in Tinz bei Gera und in Schleiz in Betracht.

Die in Eigentum und Verwaltung der Bezirke stehenden Anstalten nehmen von Geisteskranken nur leichtere Fälle auf und dienen außerdem der Verwahrung von infolge körperlicher Gebrechen oder sittlicher Verwahrlosung der Anstaltsfürsorge bedürftigen Personen. Alle schwereren Geisteskranken werden aus dem Fürstentum in dem Herzoglich Sachsen-Altenburgischen Genesungshause zu Roda, geisteskranke Kinder in der „Martinshaus" genannten Kinderabteilung desselben untergebracht.

In den beiden Bezirkshäusern waren in den Jahren 1890 und 1900 jugendliche — bis zu 14 Jahren — Geisteskranke, Epileptiker und Blöde nicht untergebracht, im Jahre 1908 dagegen im Bezirkshause zu Tinz ein 13 jähriger blöder Knabe, im Schleizer Bezirkshause ein jugendlicher Geistesschwacher.

Die Gesamtzahl der Geisteskranken, Epileptiker und Blöden betrug

1890.....24
1900.....79
1908.....93.

Besondere Abteilungen für geisteskranke usw. Jugendliche bestehen in den beiden Bezirkshäusern nicht, die Einrichtung solcher ist auch nicht geplant. Ebensowenig sind besondere Schuleinrichtungen in den Bezirkshäusern vorhanden.

Fürstentum Lippe.

Zu 1 a:	1890...12	zu 1 b:	1890...206
	1900...19		1900...253
	1908...20		1908...287.

Zu 2: In der Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo bestehen keine besonderen Abteilungen zur Aufnahme jugendlicher Geisteskranken usw.

In der Blödenanstalt Eben Ezer bei Lemgo bestehen 3 Abteilungen für



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

a) bildungsfähige Kinder, welche in der Schule unterrichtet werden,
b) bildungsfähige und vielleicht bildungsfähige Kinder in der Vorschule, welche durch intensiven Anschauungs-Einzelunterricht für die Schule vorgebildet werden sollen,
c) bildungsunfähige Kinder, welche nur beaufsichtigt und gepflegt werden.

Zu 3: Privatanstalt Eben Ezer.

Zu 4: In Lindenhaus bestehen besondere Schuleinrichtungen nicht.

Zu 5: Die Errichtung besonderer Anstalten bzw. besonderer Abteilungen für jugendliche Geisteskranke usw. (für Lindenhaus) ist nicht in Aussicht genommen.

Fürstentum Schaumburg-Lippe.

Anstalten für Idioten und Geisteskranke sind im Fürstentum nicht vorhanden. Idioten werden teils in der Blödenanstalt zu Lemgo i. Lippe und teils in den von Bodelschwinghschen Anstalten bei Bielefeld, Geisteskranke dagegen in den Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover untergebracht.

Stadt Berlin.

Zu 1 a: Am 1. April 1890 befanden sich in (der damals einzigen Berliner Irrenanstalt) Dalldorf und Privatanstalten unter 20 Jahren 188 Kranke.

In den Anstalten Herzberge, Buch, Wuhlgarten und Dalldorf:
1900.....276
1908.....271.

Zu 1 b: 1890...3183
1900...5085
1908...7871.

Zu 2 und 3: Die jugendlichen Kranken wurden in Wuhlgarten in eine besondere Abteilung (Kinderhaus), in Herzberge und Buch gemeinsam mit Erwachsenen in die eigene Anstalt aufgenommen.

Zu 4: Besondere Schuleinrichtungen bestehen bei Dalldorf und Wuhlgarten.

Zu 5: Die Errichtung einer neuen Idiotenanstalt ist geplant.

Stadt Bremen.

Zu 1 a: 1890...19
1900...39
908...55.

Zu 1 b: 1890, 1900, 1908 } Zahlen sind nicht anzugeben.

Zu 2: Die Unterbringung Jugendlicher erfolgt zum Teil in Anstalten, die zugleich Erwachsene aufnehmen, zum Teil in nur für Jugendliche eingerichteten Anstalten.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu ersteren gehören z. B. die Anstalten in Rotenburg, Oldenburg und Bethel. Die am meisten benutzte Anstalt Horn nimmt nur Jugendliche auf, behält sie aber zum Teil über das 14. Lebensjahr hinaus.

Zu 3: Eigene Anstalten sind nicht vorhanden, es werden nur fremde Anstalten in Anspruch genommen.

Zu 4: Die Anstalt Horn besitzt besondere Schuleinrichtungen.

Zu 5: Die Frage ist zu verneinen.

Freie und Hansastadt Hamburg.

Zu 1 a:	1890...1	zu 1 b:	1890.. 1230
	1900...2		1900.. 1251
	1908...2		1908.. 1382.

Zu 2—4: Die Irrenanstalt Friedrichsberg hat keine besonderen Einrichtungen für Jugendliche.

Für gebrechliche, schwach- und blödsinnige Kinder, für erwachsene Geistesschwache und für Epileptiker jeden Alters existieren bei Hamburg die Alsterdorfer Anstalten, ein Wohltätigkeitsinstitut. Sie haben etwa 1000 Plätze, 10 Lehrkräfte und 9 Klassen. Sobald Kranke wegen Erregung oder anderer Störung nicht mehr zu halten sind, werden sie nach der Irrenanstalt Friedrichsberg gebracht.

Zu 5: Die Irrenanstalt Friedrichsberg plant für die in den nächsten Jahren bevorstehende Reorganisation mit Umbau die Errichtung einer Villa für jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige, die für Alsterdorf nicht geeignet sind, bis zum Alter von 17 Jahren etwa zu 30 Plätzen, mit Unterrichtsgelegenheit.

Stadt Lübeck.

Fehlen Angaben.

Reichsland Elsaß-Lothringen.

In Bezirks-Irrenanstalten:

Zu 1 a:	1890... 2	zu 1 b:	1890...2114
	1900...—		1900...2493
	1908...—		1908...2881.

In der Landesverwaltung nicht unterstehenden Anstalten:

Zu 1 a:	1890... 44	zu 1 b:	1890...118
	1900...143		1900...420
	1908...189		1908...528.

In diesen Anstalten sind die jugendlichen, bildungs- und schulfähigen Pfleglinge in besonderen Abteilungen untergebracht und sind Schuleinrichtungen vorhanden.

Seitens der Landesverwaltung ist die Errichtung von Anstalten fur Jugendliche nicht geplant, da die zwei vorhandenen (evangel. Blödenanstalt Bischweiler-Oberhofen und Idiotenanstalt St. Andreas-Sennheim) den Bedürfnissen genügen.

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Deputation für die städtische Irrenpflege in Berlin hat beschlossen, eine Fürsorgestation für geistig Minderwertige zu errichten.

Die Petitionskommission des Reichstags hat eine Petition um Regelung des Irrenwesens durch Reichsgesetz dem Reichskanzler als Material überwiesen. Regierungseitig wurde ausgeführt, daß die Stellung der Bundesregierungen zu dieser Frage sehr geteilt sei. Von einer großen Zahl von Bundesregierungen ist ein Bedürfnis für die Regelung verneint und in beachtenswerter Weise die Auffassung vertreten worden, daß die bestehenden landesrechtlichen Verordnungen und Verwaltungsvorschriften durchweg genügten und geeignet seien, etwaigen Mißständen vorzubeugen, und daß, wo solche gleichwohl vorkommen sollten, ihnen durch Änderung oder Verbesserung der landesrechtlichen Verordnungen begegnet werden könne. Es schweben aber „Erwägungen" darüber, ob es möglich sei, gewisse Grundzüge aufzustellen, die einem gesetzlichen Vorgehen als Grundlage dienen können. — In Hamburg hat der Senat im vorigen Jahre der Bürgerschaft eine Vorlage zugehen lassen, wonach das Beschwerderecht der Geisteskranken im Interesse der Kranken erheblich eingeschränkt werden soll. Die Bürgerschaft hat die Vorlage an eine Kommission verwiesen, die beschlossen hat, das Beschwerderecht der Geisteskranken unangetastet zu lassen, aber die Mitwirkung der Laien an den Kommissionen zur Kontrolle der Irrenanstalten wieder zu beseitigen. Die Laienmitglieder spielten lediglich eine passive Rolle und verließen sich naturgemäß im wesentlichen auf das Gutachten der Ärzte. Aber das Bestehen solcher Sondereinrichtung für Beschwerden reize auch die Kranken gerade zu Beschwerden und versetze sie in langdauernde Beunruhigung und sogar Wutzustände, die schon zu Tätlichkeiten gegen Kommissionsmitglieder geführt hätten. Zudem nehme die Mitwirkung von Laien den Kranken das für die Heilung so überaus wichtige Vertrauen zu den Ärzten, denn wie solle der Kranke den Ärzten trauen, wenn selbst die Bevölkerung ihnen ihr Mißtrauen ausdrücke? (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 27.)

Personalnachrichten.

Dr *Carl Edel*, San.-Rat, Gründer und langjähriger Leiter der Privatheilanstalt in Charlottenburg feierte am 8. Juli das 50-jährige Doktorjubiläum.

Dr. *Alfr. Dluhosch*, San.-Rat, ist als Dir. von Kosten nach Obrawalde,
Dr. *Ludw. Scholz* als Dir. von Obrawalde nach Kosten,
Dr. *Otto Kölpin*, Priv.-Doz., als Oberarzt von Andernach nach Bonn,
Dr. *Hans Koch* als Oberarzt von Zwiefalten nach Schussenried,
Dr. *W. Caselmann*, bisher in Deggendorf, und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. *Georg Pütterich*, bisher in Kutzenberg, als Oberärzte nach Homburg (Pfalz) versetzt worden.

Dr. *L. W. Weber*, Prof., Göttingen, ist zum Leiter des neuerbauten Prov.-Verwahrungshauses,

Dr. *Benneke*, Oberstabsarzt, zum Leiter der neueröffneten Irren-abteilung für Militärpersonen in Dresden ernannt worden.

Dr. *Paul Holthausen*, bisher Oberarzt in Haina, wurde zum Arzt an der Prov.-Anstalt f. Schwachsinnige in Rastenburg (O.-Pr.) gewählt.

Dr. *Forster*, Oberarzt an der Nervenklinik in der Charité zu Berlin, hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Heinr. Vogt*, Priv.-Doz., Abteilungsvorsteher im *Senckenberg*schen Institut zu Frankfurt a. M., und

Dr. *Paul Näcke*, Med.-Rat, in Hubertusburg, haben den Titel Professor erhalten.

Dr. *Jos. Peretti*, Dir. in Grafenberg, ist Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Otto Buttenberg*, Dir. in Freiburg i. Schl., und

Dr. *Clem. Neißer*, Dir. in Bunzlau, Sanitätsrat geworden.

Dr. *Konrad Alt*, Prof., Dir. in Uchtspringe,

Dr. *Heinr. Schüle*, Geh.-Rat, Dir. in Illenau, und

Dr. *Carl Moeli*, Geh. Med.-Rat, Prof., in Lichtenberg, sind zu korresp. Mitgliedern des Vereins f. Psychiatrie u. Neur. in Wien,

Dr. *Franz Meschede*, Geh. Med.-Rat, Prof., in Königsberg, zum auswärt. Mitglied der unter *Magnans* Präsidium 1908 gegründeten Société clinique de méd. ment. in Paris ernannt worden.

Dr. *Bernh. Oebeke*, Geh. San.-Rat in Endenich-Bonn, Landespsychiater der Rheinprovinz, hat den roten Adlerorden mit Schleife erhalten.

Dr. *Alb. Guttstadt*, Geh. Med.-Rat, Prof., Mitglied des Kgl. statist. Landesamts in Berlin, geb. 4. Jan. 1840 in Rastenburg, O.-Pr., ist am 3. Mai d. J. gestorben. Gestorben sind ferner

Dr. *W. W. Ireland* in London, 77 J. alt, und

Dr. *Désiré Bourneville* in Paris (Bicêtre) im 70. Lebensjahre.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beitrag zur Klinik und Pathologie akut letal verlaufender Psychosen.[1])

Von

Dr. **Thoma** in Illenau.

(Hierzu 1 Taf.)

Die meisten hierher gehörigen Krankheitsfälle werden im allgemeinen unter dem Sammelnamen Delirium acutum vereinigt. Man versteht darunter einen Symptomenkomplex, der mit Inkohärenz, Verwirrtheit, Halluzinationen, Jaktation und mehr oder minder tiefer, zuweilen wechselnder, Bewußtseinstrübung einhergeht. Begleitet sind diese Erscheinungen gewöhnlich von allgemeinen Ernährungsstörungen und Temperatursteigerung. Der letale Ausgang erfolgt durch Erschöpfung oder sub finem sich einstellende Pneumonie usw. Daß es sich bei diesem Symptomenkomplex nur um einen solchen, nicht etwa um eine spezifische selbständige Krankheitsform handelt, wird heutigentags allgemein angenommen.

Schon 1867 hat *Schüle*[2]) dieses Krankheitsbild beschrieben und dabei speziell auf die charakteristische Alteration des Bewußtseins, auf die planlose motorische Unruhe mit dem Reizcharakter der Bewegungen (oft bis zur Konvulsion), auf die Remissionen, auf den perniziösen Charakter und das Ergriffensein des Gesamtorganismus hingewiesen. Betreffs der klinischen Zugehörigkeit nimmt er schon damals an, daß es sich nicht um eine Erkrankung sui generis, sondern um eine bestimmte klinische Variation gewisser psychischer und zerebraler Symptome handelt aus verschiedener nosologischer Entstehung, welche erfahrungsgemäß zusammen vorkommen und dadurch, sowie durch den ihnen zukömmlichen prognostischen Charakter ihre Zusammengehörigkeit und die Berechtigung

[1]) Aus der Großherzgl. Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Direktor Geheimrat Dr. *Schüle.*

[2]) *Schüle,* Delirium acutum. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. XXIV.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihrer Zusammenfassung erweisen. *Krafft-Ebing*[1]) bezeichnet das Delirium acutum als eine meist tödlich verlaufende Hirnerkrankung, bei der neben Störungen der Motilität und des Gesamtbefindens solche der psychischen Sphäre im Vordergrunde stehen. Beim Zustandekommen des Symptomenkomplexes spielen nach diesem Autor erbliche Belastung oder sonstige schwächende Einflüsse eine Rolle, auch fehlten selten greifbare anatomische Befunde.

Kraepelin[2]) nimmt an, daß es neben einzelnen anderen schweren Erregungszuständen namentlich Infektionsdelirien seien, welche als Delirium acutum beschrieben werden und unter den oben erwähnten Symptomen häufig rasch letal endigen. Nicht wesentlich ins Gewicht falle, ob Bakterien nachgewiesen werden oder nicht. Wahrscheinlich sei auch das Kollapsdelirium, bei dem aber toxische Einflüsse ebenfalls nicht ausgeschlossen werden können, und bei dem die ganzen Erscheinungen weniger stürmisch verlaufen, die Benommenheit geringer ist, nur graduell, nicht wesentlich, von der anderen Gruppe zu scheiden. Auch *Fürstner*[3]), *Binswanger*[4]), *Alzheimer*[5]), *Sander*[6]) äußern sich in ähnlicher Weise und nehmen für das Delirium acutum verschiedene Grunderkrankungen an.

Es liegt nun nahe, gerade bei den akuten, rasch zum Tode führenden einschlägigen Fällen nach Veränderungen im Zentralnervensystem zu suchen, zumal ja, abgesehen von der Paralyse, der Idiotie und einigen anderen schweren Hirnerkrankungen, die mikroskopische Untersuchung der Psychosen die Hoffnungen, die man auf sie gesetzt hat, noch nicht erfüllt und wenig gesicherte Resultate geliefert hat. (Vgl. *Heilbronner*[7]).)

Tatsächlich wurden denn auch bei akut tödlich verlaufenden Delirium-acutum-Fällen eine Reihe von Veränderungen konstatiert.

---

[1]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch.

[2]) *Kraepelin*, Klinische Psychiatrie 1904.

[3]) *Fürstner*, Über Delirium acutum. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. XI.

[4]) *Binswanger* und Dr. *H. Berger*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen. Archiv f. Psych. Bd. 34.

[5]) *Alzheimer*, Das Delirium acutum. Bericht über die XVI. Versammlung in Baden-Baden. Neurol. Zentralbl. 1897.

[6]) *Sander*, Beiträge zur Ätiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen. Archiv f. Psych. Bd. 34.

[7]) *Heilbronner*, Referat a. d. Jahresversammlung d. Ver. Deutscher Irrenärzte 1900. Zeitschrift f. Psych. Bd. 58.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die nach mancher Richtung hin bemerkenswert sind, und haben dieselben den Nachweis gebracht, daß auch histologisch verschiedene Ursachen für die Erkrankung vorliegen können. Eine hierher gehörige Gruppe beschreibt *Binswanger*, die postinfektiösen und Intoxikationspsychosen, wo bisweilen Bakterien gefunden werden, doch muß auch bei negativem Befund angenommen werden, daß das Bakterientoxin die deletäre Wirkung ausübt. So will *Catani* dies von dem Gift des Influenzabazillus, dem Grippotoxin, nachgewiesen haben. Nach *Kazowsky* bildet das Gehirn einen Locus minoris resistentiae gegenüber dem Infektionsgift.

Alzheimer, a. a. O., nimmt an, daß das Symptomenbild des Delirium acutum bei schweren Fällen verschiedener Geisteskrankheiten, Kollapsdelirien, Intoxikationen, Katatonien und periodischem Irresein wie der Paralyse vorkomme, und beschreibt drei verschiedene Gruppen vorkommender histologischer Veränderungen. Ähnlich äußern sich *Buchholz* [1]) und *Weber* [2]).

Nehmen wir nun als feststehend an, daß sehr verschiedene Grundkrankheiten den Symptomenkomplex hervorrufen können, den wir unter dem Namen Del. acutum kennen, und daß wir dementsprechend auch verschiedene histologische Befunde feststellen können, so könnte man immerhin noch fragen, ob neben diesen letzteren nicht doch noch andere gleichartige zu finden sind, die vielleicht eine Erklärung für den gleichartigen klinischen Verlauf wären.

Wenn sich aber auch zeigen sollte, daß dies nicht der Fall ist, so dürfte doch die genauere histologische Untersuchung der hierher gehörigen Fälle schon deshalb stets am Platze sein, damit die klinische Zugehörigkeit der Fälle bei sehr raschem Verlauf, z. B. bei foudroyanter Paralyse doch nachträglich noch festgestellt werden kann. Außerdem aber dürfte die Erhebung des histologischen Befundes solcher immerhin nicht allzu häufigen Erkrankungen wenigstens kasuistisch einen Wert haben.

Was zunächst die Fälle selbst betrifft, so habe ich nur solche ausgewählt, die wenigstens annähernd das klassische Bild des Delirium

[1]) *Buchholz,* Über akut verlaufende Erkrankungen an Dement. paral. Archiv. Bd. 36.

[2]) *Weber,* Über akut tödlich verlaufende Psychosen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. II.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

acutum boten, wobei ich betonen möchte, daß es allerdings auch noch andere hierher gehörige Erkrankungen gibt, die ein etwas abweichendes Symptomenbild zeigen, wie die von *Weber* l. c. beschriebenen Fälle.

Ich habe ferner solche Fälle mit ausgesprochen bakteriellen Infektionen ausgeschlossen. Bezüglich des Ausgangs wurden auch diejenigen ausgeschlossen, bei denen länger Zeit vor dem Tode eine körperliche Erkrankung auftrat resp. bei der Autopsie ausgedehntere körperliche Veränderungen vorhanden waren, die nicht wie Entkräftung, finale Schluckpneumonien, als Folgezustand der psychischen Erkrankung selbst und deren Symptome angesehen werden konnten. Nach Ausschluß der genannten konnten aus den letzten 2 Jahren 7 Fälle dieser Art zusammengestellt werden. Die Krankengeschichten sollen im folgenden nur soweit ausgeführt werden, als dadurch die Zugehörigkeit zu dem beschriebenen Symptomenkomplex bewiesen wird. Ebenso wird aus den Sektionsprotokollen nur das für die Beurteilung Wesentliche angeführt.

Was nun die mikroskopische Untersuchung anbetrifft, so bin ich mir der Schwierigkeiten und der für Schlußfolgerungen gebotenen Vorsicht wohl bewußt. Es ist gewagt, mit histologischen Befunden hervorzutreten, wenn man infolge anderweitiger Inanspruchnahme nicht in der Lage ist, sich ständig oder vorwiegend mit der Histologie des Zentralnervensystems zu beschäftigen. Es dürfte z. Z. wohl in diesem Falle das Wichtigste sein, das Ziel nicht zu weit zu stecken und die Aufgabe, die man sich stellt, genau zu umgrenzen. Die innerhalb dieses engeren Rahmens gefundenen Resultate dürften dann, wenn sie mit leistungsfähigen Methoden ausgeführt und hinreichend sicher sind, auch wenn sie nichts wesentlich Neues bringen, doch insofern von Nutzen sein, als sie von anderen Untersuchern zum Vergleiche beigezogen werden können.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände wurden bei jeder Sektion Stücke der I. und II. Frontalwindung der vorderen und zuweilen auch der hinteren Zentralwindung, sowie solche aus der Gegend der Fissura calcarina in Alkohol, Formol und *Müller*sche Flüssigkeit eingelegt. Die Angaben im folgenden beziehen sich hauptsächlich auf die Verhältnisse in den Zentralwindungen, doch wurden jeweils Frontal- und Okzipitalgegend zum Vergleiche beigezogen. Die Angaben über den Zustand der Ganglienzellen beziehen sich, wo dies nicht besonders

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

erwähnt ist, auf die Schicht der mittleren und großen Pyramidenzellen. Sämtliche Stücke wurden nach folgenden Methoden untersucht: Die Ganglienzellen mit *Nissl*scher Methylenblaufärbung, Thionin und Cresylviolett. Die Neuroglia nach *Weigert*, Fibrillen nach *Bielschowsky*. Ferner wurden sämtliche Stücke noch nach der *Weigert*schen Markscheidenfärbung mit Eisenhämatoxylin *van Gieson* und nach *Marchi* untersucht. Eine empfindliche Lücke in dieser Untersuchungsreihe konnte ich leider nicht mehr ausfüllen, da die Arbeit über den Abbau im Zentralnervensystem zu spät in meine Hände kam und die *Reich*sche Abbaufärbung mir keine sicheren Resultate ergab.

Ich gebe zunächst den klinischen und anatomischen Befund einiger in hiesiger Anstalt beobachteten Fälle:

Fall I. C. Sch., 54 J. alt, Wirt und Metzger. Aufgenommen 10. Februar 1908.

Über Heredität ist nichts bekannt, ebensowenig über früher durchgemachte Krankheiten, speziell Lues. In der Schule soll er „hell" gewesen sein, lernte das Metzgerhandwerk und hat bei den Grenadieren gedient. Er lebte in guten Verhältnissen, war zweimal verheiratet, hatte jedoch nur ein Kind, das mit $^3/_4$ Jahren starb. In der Gemeinde war er angesehen und galt als übertrieben gewissenhaft. Getrunken soll er nicht haben. Die jetzige Erkrankung wird auf eine Aufregung zurückgeführt, die er wenige Wochen vor der Aufnahme gehabt hat. Von da an schlief er nicht mehr und machte sich trübe Gedanken. In den letzten Tagen vor der Aufnahme wurde er erregt, sprach verwirrt und verweigerte die Nahrungsaufnahme, auch wurde damals schon Temperatursteigerung festgestellt. Bei der Aufnahme macht Pat. wohl infolge starker Hyoszinwirkung einen etwas benommenen Eindruck. Nach einigen Stunden etwas klarer geworden, wird er erregt, führt lebhaft gestikulierend zusammenhanglose Reden, wobei er sich als nicht ablenkbar zeigt. Augenscheinlich sind Sinnestäuschungen vorhanden. Eine körperliche Untersuchung läßt sich bei der Unruhe des Pat. nicht ausführen. Die Pupillenuntersuchung ergibt infolge der Hyoszinwirkung kein sicheres Resultat. Die Patellarreflexe lassen sich nicht auslösen. Die Körpertemperatur ist erhöht. In den nächsten Tagen steigert sich die Unruhe noch mehr, wobei er sich beständig mit krampfhaften Bewegungen im Bett herumwirft und mit den Beinen stampft. Die Nahrung wird andauernd verweigert, und es tritt Urinverhaltung ein, so daß zur Sondenernährung und Katheterisieren gegriffen werden muß. Auf Anreden reagiert Pat. gar nicht, dagegen spricht er beständig flüsternd fast unverständlich vor sich hin. Aus dem wenigen, was man versteht, geht hervor, daß er völlig desorientiert ist. Nach einer spontanen reichlichen Stuhlentleerung am 15. Februar tritt etwas Be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ruhigung ein, und Pat. wird etwas klarer. Es kann nunmehr festgestellt werden, daß er jetzt persönlich, nicht aber örtlich und zeitlich orientiert ist. Auf Befragen äußert er Angst und gibt an, er sehe schwarze Gestalten. Sprachstörung oder andere motorische Störungen sind nicht nachweisbar. Diese Periode der Besserung dauert jedoch nur kurze Zeit, und Pat. geht danach immer mehr zurück, zumal er andauernd die Nahrungsaufnahme verweigert. Am 17. scheint er nochmals vorübergehend klarer zu sein, dann aber verfällt er rasch, und unter zunehmendem Sopor, Trachealrasseln und *Cheyne-Stokes*schem Atmen tritt am 19. Februar der Tod ein.

Sektion. Brust und Bauchhöhle. In den Lungen beiderseits Hypostase, links einige kleine gangränöse Stellen Am Herzen zeigt sich Sklerose der Coronaria und Myodegeneration. Die Mitralisränder etwas verdickt. Die Aorta erweist sich im Anfangsteil erweitert und leicht sklerosiert. Sonst nichts Abnormes.

Die Kopfhöhle wurde noch am Abend des 19. Februar eröffnet und Material eingelegt. Das Schädeldach stark verdickt. Hirngewicht 1320 g. Die Windungen scheinen atrophisch, besonders frontal. Hydrocephalus externus und Trübung und Verdickung der Pia über der ganzen vorderen Hälfte der Konvexität. Die Ventrikel sind erweitert und weisen deutliche Granulierung des Ependyms auf. Die Gefäße der Basis zeigen nur mäßige Sklerose.

Mikroskopischer Befund. Die Pia ist verdickt, die sehr zahlreichen Gefäße sind stark mit Blut gefüllt und haben verdickte Wandungen.

Die Ganglienzellen (Fig. 1 d. Taf.) zeigen nach *Nißl* Veränderungen verschiedener Art und Grades. Verschwinden der Struktur in den Fortsätzen, die weiter sichtbar sind als normal. Randstellung der Granula, Blasigwerden des Kerns, Randstellung derselben, endlich völlige Chromatolyse. Daneben finden sich auch wieder einzelne besser erhaltene Zellen. In der Gesamtmasse der Zellen zeigen sich deutlich Lücken, in denen zuweilen noch Schatten von Ganglienzellen sichtbar sind. Von den übrigen Zellformen im *Nißl*bilde sind die Gliakerne zahlreich. Die Ganglienzellen sind von sehr vielen Trabantzellen dicht besetzt. Außerdem finden sich Stäbchenzellen.

Die Gefäßscheiden sind dicht mit Zellen infiltriert, darunter deutlich Plasmazellen. Die Zellveränderugnen betreffen alle Schichten.

Die Glia (Fig. 2 d. Taf.) zeigt nach *Weigert* zentral eine sehr starke, 2—3 fache Verdickung des Randzopfes. Innerhalb desselben ist die faserige Glia gleichfalls stark vermehrt. Starke Gliazüge lassen sich deutlich bis in die Schicht der kleineren, feinere selbst bis in die der großen Pyramiden und weiter verfolgen. Starke Züge folgen auch den Gefäßen. In den tieferen Schichten sind die Gliakerne stark vermehrt. Okzipital ist der Randzopf geringer, doch lassen sich hier die Fasern vermehrt noch weiter in die Tiefe verfolgen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fibrillen sind überall sichtbar, scheinen aber weniger dicht als normal und zerfallen vor Eintritt in die Zelle zuweilen körnig. In den größeren Pyramidenzellen lassen sich Fibrillen jedoch meist durch die Zelle hindurch verfolgen.

Die Markscheiden zeigen deutlichen Schwund. Besonders die Tangentialfasern fehlen fast völlig.

Die *Marchi*-Präparate zeigen starke schwarze Körnung, besonders auch in den Gefäßscheiden und den Gefäßen selbst.

Fall 2. J. B., verheirateter Landwirt, 51 Jahre alt, wurde am 3. Juni 1908 aufgenommen. Pat. ist erblich belastet. Als Kind litt er an Rachitis, machte Scharlach und Masern durch, entwickelte sich später aber geistig und körperlich gut. In der Schule war er einer der Ersten. Er galt als gutmütig, weichherzig und sehr solide. Für die jetzige Krankheit werden psychische Schädigungen namhaft gemacht. Streit mit einem Nachbar und Ärger wegen eines Prozesses. Er sei dadurch sehr aufgeregt und verstimmt geworden. Einige Tage vor der Aufnahme begann er Angst zu äußern. Er fürchtete, „gemetzelt“ zu werden, sprach von Selbstmord, wurde immer unruhiger, weinte, schrie und jammerte. Dann wieder meinte er direkt mit Gott zu verkehren, selbst eine hohe Person, mit Kaiser und Fürsten verwandt zu sein.

Bei der Aufnahme ist Pat. sehr erregt und unruhig, zeigt ausgesprochenen Rededrang, Ideenflucht, Ablenkbarkeit und gehobene Stimmung. Die Orientierung ist nur mangelhaft. Auf Fragen antwortet er zwar zuweilen zur Sache, schweift aber sofort wieder ab und verliert sich in inkohärenten Reden.

Soweit es sich bei der Unruhe des Pat. feststellen läßt, sind die inneren Organe normal. Die Pupillen sind gleich weit und reagieren prompt. Patellarsehnenreflexe lebhaft, Hautreflexe vorhanden.

In der Folge nimmt die Erregung noch mehr zu. Es besteht motorische und rednerische Unruhe. Im Bad ist er kaum zu halten, schöpft es aus. Im Bett wühlt er herum, läßt sich herausfallen, rutscht am Boden herum, macht zwecklose Bewegungen mit den Extremitäten, scharrt und wischt überall herum. Aus seinem verwirrten Rededrang kann man zuweilen auf das Bestehen religiöser Größenideen schließen. Auf Hyoszin tritt nur sehr kurz dauernde Beruhigung ein. Dieser Zustand bleibt in gleicher Intensität bis am Abend des 7. Juni bestehen, wo Pat. anscheinend spontan ruhiger wird und einschläft. In der darauffolgenden Nacht, 8. Juni, 3½ Uhr, trat dann plötzlich ein Kollaps und der Exitus ein.

Sektion. Leiche stark abgemagert. Bei Herausnahme der Lunge zeigen sich links ausgedehntere alte Pleuraverwachsungen. Die rechte Lunge zeigt Hypostase und einige kleine bronchopneumonische Herde im Unterlappen.

Das Herz klein, kontrahiert, keine Veränderungen der Koronaria und der Klappen. Vorhöfe mit Gerinnsel erfüllt. Herzmuskel blaß, grau,


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt zahlreiche weiße Streifen. Weiter nichts Besonderes in Brust- und Bauchhöhle.

G e h i r n. Die Dura zeigt nichts Bemerkenswertes. Sinus fast blutleer. Arterien der Basis zart. Gewicht 1471 g.

Es besteht Hydrocephalus externus und internus.

Die Ventrikel erweitert. Hirn gut gegliedert, blaß, Substanz sehr weich und matsch.

(Todesursache Herzmuskellähmung.)

M i k r o s k o p i s c h e r B e f u n d. Die Pia wenig verdickt, Gefäße erweitert, Gefäßwände zellig infiltriert: anscheinend von der Pia her in die zellarme Rindenschicht mit den Gefäßen eindringend eine Einwanderung zelliger, anscheinend lymphoider Elemente.

G a n g l i e n z e l l e n, zentral, ziemlich gleichmäßig verändert. Fortsätze weithin sichtbar. Veränderungen der kleinen Zellen geringer, hier auch kein Ausfall. In der mittleren und großen Pyramidenschicht zahlreiche Lücken. Hier sehr weitgehende Chromatolyse. Die Zerstörung ist zentral gleichmäßiger und weitgehender als frontal. Nur einige Riesenzellen zeigen sich wenig verändert unter den Trümmern kleinerer. Die Zellveränderungen im ganzen gleichmäßiger als bei Paralyse. Die Stellung der Ganglienzellen ist gleichfalls in Unordnung geraten. Außerdem finden sich versprengte Ganglienzellen in der weißen Substanz.

Die F i b r i l l e n der mittleren und großen Ganglienzellen deutlich durch die Zelle hindurch verfolgbar. In der oberen Schicht mehr feinkörniger Zerfall der Fibrillen. Perizelluläre Netze stellenweise sichtbar. Fibrillennetz dicht. (Fig. 4 u. 5 d. Taf.)

N e u r o g l i a. Stellenweise Vermehrung der Gliakerne auch in den oberen Rindenschichten, besonders aber in den tieferen; Gliafasern nirgends vermehrt. Fasern zart, die meisten nicht weit in die Tiefe zu verfolgen, doch sind sie dort in normaler Stärke vorhanden. Einzelne Spinnenzellen.

Marchi zeigt nur geringen Zerfall. Ebenso Markscheidenpräparate.

Tangentialfasern vorhanden.

F a l l 3. O. M., ledig, Buchbinder, 30 Jahre alt, wurde am 8. Nov. 1907 aufgenommen.

Vatersschwester war geistesgestört. Von Kind auf war Pat. viel mit Husten geplagt. War guter Schüler, aber immer still und zurückgezogen. Er lernte das Buchbinderhandwerk, blieb aber nach der Lehrzeit noch einige Zeit zu Hause. Später kam er viel herum. Zuletzt war er in Darmstadt beschäftigt. Von da kam er psychisch verändert im September 1907 zurück. Er war verstimmt, schlief schlecht, ging außer zur Feldarbeit nie aus dem Hause. Im Trinken war er immer sehr mäßig. Nach Ablauf einer mittelstarken Influenza verschlimmerte sich der Zustand. Am 7. November 1907 wurde er plötzlich erregt, drängte fort, fing an die ganze Nacht hindurch laut zu beten. Er glaubte, der Teufel wolle


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihn holen, und flüchtete deshalb durchs Fenster. Festgehalten, warf er sich zur Erde und bedrohte die Umgebung mit dem Messer. — Bei der Aufnahme in die Anstalt besteht ängstliche Erregung. Auf Fragen antwortet er nicht, sondern betet beständig vor sich ihn. Im Bett bleibt er nicht, sondern rutscht auf dem Boden herum, schnaubt, bläst und spuckt viel eitrigen Auswurf aus. Am 11. November wird er etwas ruhiger und klarer, so daß er seine Personalien angeben kann, doch ist er örtlich und zeitlich nicht orientiert. Auf weitere Fragen antwortet er nicht. Gelegentlich gibt er an, er habe sich versündigt, werde vom Teufel geholt, in seiner Heimat gebe es Hexen. Am 12. November steigert sich die ängstliche Unruhe wieder. Er wälzt sich am Boden herum. Im Bett vergräbt er sich in die Kissen, läßt sich wieder auf den Boden fallen, strampelt mit den Beinen, wirft die Bettstücke herum, preßt das Gesicht auf den Boden, müht sich mit zwecklosen Bewegungen ab, dabei beständig unverständlich vor sich hin murmelnd. Allem, was mit ihm vorgenommen werden soll, setzt er ängstlichen Widerstand entgegen. Wegen andauernder Nahrungsverweigerung muß zur Sondenernährung geschritten werden. Die Zunge ist borkig belegt, Lähmungs- oder Spannungserscheinungen sind nicht vorhanden. Die Sprache ist unbehindert. Sehnenreflexe sind deutlich gesteigert. Die Pupillen reagieren. Nach langsamer stetiger Zunahme der Bewußtseinstrübung tritt am 16. November eine plötzliche Verschlimmerung ein. Die Atmung wird beschleunigt und röchelnd. Die Temperatur steigt auf 38,3 °. Pat. verfällt zusehends. Am 17. November vorm. 2 Uhr tritt der Tod ein.

S e k t i o n. Magere Leiche, zahlreiche Hautabschürfungen.

Die Pleura an verschiedenen Stellen verwachsen. In den Unterlappen einige pneumonische Kerne. Alte Bronchitis.

G e h i r n. Dura prall gespannt. Die Sinus stark mit flüssigem Blut gefüllt. Hirngewicht 1150. Pia etwas verdickt, leicht abziehbar. Venen stark gefüllt. Hirnsubstanz a u f f a l l e n d d e r b, glänzend. Auf dem Durchschnitt zahlreiche Blutpunkte. Rinde sehr blaß.

M i k r o s k o p i s c h e r B e f u n d. Pia verdickt, blutreich. Gefäße derselben zeigen verdickte Wandungen.

Gefäße in der Rinde zart. Wenig Zellen. Nirgends Zellinfiltration in Gefäßscheiden. Zelldegeneration ungleichmäßig; ziemlich zahlreiche Zellen der mittleren und größeren Pyramiden zeigen noch relativ normale Struktur. Die Mehrzahl der Zellen zeigt Randstellung der Granula. Dazwischen stellenweise völlig aufgelöste Ganglienzellen. Zahlreiche Trabantzellen, Frontal weniger Lücken.

Die F i b r i l l e n scheinen vor Eintritt in die Zelle vielfach in feine Körnchenketten zu zerfallen. Frontal Fibrillen häufiger durch die Zelle verfolgbar. Dichtigkeit der Fibrillennetze normal.

M a r k s c h e i d e n. Tangentialfasern spärlich. Beginnende Degeneration der Markscheiden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Marchi zeigt starken Zerfall. Auch in den Gefäßen zahlreiche Zerfallsprodukte.

Neuroglia: Frontal stellenweise längs einzelner Gefäße geringe, aber deutliche Vermehrung der faserigen Glia, die zum Teil ziemlich tief zu verfolgen ist. Wenig Spinnenzellen, Randzopf nicht sehr dick. Zentral Gliavermehrung nicht nachweisbar.

Fall 4. K. M., 57 Jahre alt, Landwirtsehefrau. Aufgenommen am 12. Dezember 1908.

Pat. ist von väterlicher Seite her erblich belastet. War früher gesund, aber immer sehr still, zurückgezogen, gutmütig und sehr religiös. Die Kinder, ein Sohn und eine Tochter, sind gesund. Im vergangenen Sommer klagte Pat. viel über Verstopfung. Die ersten Erscheinungen der jetzigen Erkrankung zeigten sich 4 Wochen vor der Aufnahme mit Schlaflosigkeit und Gemütsverstimmung. Sie weinte viel, machte sich Selbstvorwürfe und äußerte Verarmungsideen. In der letzten Zeit aß sie nicht mehr, wurde zuweilen erregt und aggressiv gegen die Umgebung.

Bei der Aufnahme ist die Kranke sehr hinfällig. Sie spricht beständig vor sich hin, ist aber örtlich und zeitlich nicht orientiert. In der Folge etwas klarer, orientiert sie sich oberflächlich und kann ihre Personalien richtig angeben. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie jedoch meistens falsch. Ein Bleistift wird als Griffel, die Uhr richtig, eine Stahlfeder als Kerze, ein Notizbuch als Photographie bezeichnet.

Überläßt man sie sich selbst, so versinkt sie in ein stumpfes Hinbrüten, läßt sich aber durch Anreden aufwecken. Somatisch ist bemerkenswert, daß Pat. stark gealtert aussieht und stark abgemagert ist. Die inneren Organe bieten nichts Besonderes, auch tritt äußerlich Arteriosklerose nicht hervor. Die Patellarsehnenreflexe sind gesteigert, die Pupillenreaktion prompt. Ausfallsymptome nicht vorhanden. Spannungen oder Katalepsie fehlen, dagegen zeigen sich öfters eigenartige unkoordinierte, anscheinend psychisch nicht bedingte Bewegungen der Arme und Beine. Psychisch macht Pat. in den folgenden Tagen den Eindruck der Benommenheit. Am Abend des 16. Temperatursteigerung 39,5, für die eine sichere somatische Ursache nicht zu finden ist. Am folgenden Tag plötzliches Auftreten eines rasch zunehmenden Dekubitus. Am 19. steigt die Temperatur auf 40, und am 20. tritt der Exitus ein.

Sektion. Schädel ohne Befund. Die Pleura zeigt einige Adhäsionen. Im Unterlappen rechts und links etwas Ödem. Keine pneumonischen Herde. Herz klein, Muskulatur schlaff. Oberhalb der Aortenklappen etwas atheromatöse Einlagerungen. Uteruskatarrh.

Gehirn. Dura glatt, glänzend feucht. Pia oedematös, blutreich, leicht abziehbar. Hirnwindungen klaffen. Hirnsubstanz glänzend feucht, Gefäße deutlich hervortretend. Gewicht 1200. Im Karotisgebiet Atherose.

Mikroskopischer Befund. Zellen (Kresylviolett). Ganglienzellen stark pigmenthaltig. Struktur undeutlich. Spitzenfortsatz



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschlängelt, weithin verfolgbar. Chromatolyse stellenweise sehr stark. Trabantzellen nicht sehr zahlreich. Verlagerung der Zellen. Gefäßwände verdickt. Unterhalb der Pia stellenweise Rundzellenanhäufung.

Neuroglia. Starke Gliavermehrung besonders der Fasern in der zellarmen Randschicht. Randzopf nicht verdickt, dagegen zahlreiche Fasern weithin verfolgbar. Zahlreiche Spinnenzellen. Gliafasern nicht glatt geschwungen, sondern zuweilen eckig und korkzieherartig gewunden. Die Fasern häufig gröber als bei Paralyse.

Fibrillen. Zellen blaß, Fibrillen durch die Zellen meist zu verfolgen. Perizelluläre Netze sichtbar. Fibrillen außerhalb der Zellen anscheinend weniger dicht.

Marchi zeigt starken Zerfall. Im Markscheidenpräparat besonders die Tangentialfasern spärlich, streckenweise geschwunden.

Fall 5. Ch. Sp., ledig, Krankenpflegerin, 40 Jahre alt, wurde am 13. Juli 1908 hier aufgenommen.

Pat. ist erblich belastet, die Mutter war geisteskrank, eine Schwester litt an „Anfällen“ und außerdem starben verschiedene Familienglieder an Tuberkulose. Körperlich schwach, geistig gut veranlagt, war Pat. stets etwas kränklich. In den letzten Jahren hatte sie als Krankenpflegerin schweren Dienst. Am 7. Juli von einer Reise zurückgekehrt, fiel ihr verändertes Wesen auf. Sie zeigte große Reizbarkeit, Stimmungswechsel und sprach zuweilen verwirrt. Nach allmählicher Zunahme der Erscheinungen brach am 11. Juli plötzlich ein Erregungszustand aus mit Ideenflucht, religiösen Wahnideen, Schimpfen, Gewalttätigkeit und Nahrungsverweigerung. — Bei der Aufnahme in die Anstalt ist sie zwar persönlich orientiert, örtlich und zeitlich aber nicht; dabei scheint sie sehr ermattet und körperlich reduziert. Eine körperliche Störung ist jedoch nicht nachweisbar. Fieber nicht vorhanden. An den folgenden Tagen ist sie wieder sehr erregt, zeigt motorische Unruhe, verwirrten Rededrang, Ablenkbarkeit und äußert erotische, religiöse und Vergiftungsideen. Auf Anrede antwortet sie nicht zur Sache oder schweift sofort ab. Zeiten besserer Orientiertheit wechseln mit völliger Verwirrtheit ab. Gegen das Personal wird sie öfters aggressiv. Gegen körperliche Untersuchung wehrt sie sich stets heftig. Motorische und reflektorische Anomalien bestehen nicht. Am 23. Juli tritt plötzlich ein Kollaps mit großer Atemnot ein, der nach einigen Stunden unter dem Zeichen der Herzschwäche zum Tode führt.

Sektion. Abgemagerte Leiche. Alte pleuritische Verwachsungen in der rechten und Bronchitis beider Lungen. Verfettung des Herzens, Verdickung der Klappenränder.

Gehirn. Hirnhaut zart und blaß, Ödem des Gehirns, Anämie der Rinde.

Mikroskopischer Befund. Die Untersuchung ist hier unvollständig, da leider nur Alkoholmaterial vorhanden ist. Zellen (Thionin): Im allgemeinen ist die Struktur der Zellen gut erhalten, doch



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

findet man auch teilweise und ganz der Auflösung verfallene. Stellenweise sind die Ganglienzellen von auffällig vielen Trabantzellen umgeben.

Die Gefäßwände sind zart und zeigen keine zellige Infiltration.

Die Pia erscheint ziemlich dick und stellenweise stark zellig infiltriert.

Fall 6. St. J., verheirateter Landwirt, 44 Jahre alt. Aufgenommen am 21. Dezember 1908.

Erblich schwer belastet. Der Vater war geisteskrank. Vier Geschwister waren teils in der Anstalt, teils befinden sie sich noch hier.

Pat. war früher nie krank, intellektuell gut veranlagt, fleißig, brav und nüchtern. Hat keine Kinder. Vor einigen Wochen erkrankte er an Influenza, die ohne Komplikation verlief. Die jetzige Erkrankung begann plötzlich vor 3 Tagen, nachdem Patient aber doch schon einige Wochen vorher der Umgebung dadurch aufgefallen war, daß er mehr betete als früher. Bei der Aufnahme war er persönlich mangelhaft, örtlich und zeitlich gar nicht orientiert. Bei seinen Antworten zeigte er sprachliche Perseveration. Während des Befragens geht er beständig hin und her, sucht sich wiederholt auf den Arzt zu stürzen und ihn an den Genitalien zu fassen. Beim Gehen scheint er manchmal rückwärts zu taumeln. Im ganzen zeigt er ein ängstliches Wesen. Sich selbst überlassen, flüstert er vor sich hin und gestikuliert. Pat. ist schlecht genährt, blaß, Puls 90. Am Herzen nichts Krankhaftes. Pupillen stecknadelknopfgroß, Reaktion nicht zu prüfen. Facialis r. = l., Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert nicht, ist ebenso wie die Lippen mit Borken belegt. Sehnenreflexe an den Armen, Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhaft, ebenso die Hautreflexe, vasomotorische Übererregbarkeit. Auf leichtes Beklopfen starke Muskelwulstbildung. Der Urin enthält Eiweiß. In den folgenden Tagen bleibt die motorische Unruhe bestehen. Auch wenn er zu Bett liegt, macht er beständig krampfartige, anscheinend intendierte Bewegungen mit den Extremitäten. Er spricht nicht mehr und macht nur abwehrende Bewegungen, wenn er angeredet wird. Dabei ist die Nahrungsaufnahme andauernd schlecht. Am 27. Auftreten von Fieber, das am folgenden Tage auf 41,3 steigt bei tiefer Benommenheit. Am 29. Dezember exitus letalis.

Sektion. Herz ohne Besonderes. Lunge stark blutüberfüllt, im r. Oberlappen ein kl. pneumonischer Kern. Niere: Zeichnung verwischt, Parenchym trüb geschwollen.

Gehirn. Die Innenseite des Schädeldachs stark blutigrot verfärbt. Die Dura besonders auf der Innenseite stark mit Blut injiziert. Die Pia ad maximum mit dunkelrotem Blut überfüllt, verdickt. Kein Hydrocephalus externus.

Die Windungen stark abgeplattet. Anscheinend starke Schwellung des ganzen Gehirns. Die Konsistenz der Hirnsubstanz vermehrt. Die Rinde hellgrau, zeigt auf dem Durchschnitt nichts Abnormes. Der Plexus chorioides sehr blutreich. Ventrikel frei von Granulation. Die Dura an der Basis mit roten Auflagerungen bedeckt. Hirngewicht 1480.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mikroskopischer Befund. Zustand der Zellen ungleich, nur sind bei allen die Fortsätze weiterhin sichtbar als normal, und es findet sich durchweg sehr viel Pigment, so daß einzelne Zellen mit Pigment gefüllten Säcken gleichen. Neben relativ normal aussehenden Zellen finden sich solche mit blasigem, wandständigem Kern. Die Granula am Rande angehäuft. Auflösung der ganzen Zellen. Trabantzellen nicht sehr zahlreich. Keine Zellinfiltrate in den zarten Gefäßwänden.

Glia. Randgliase nicht sehr dicht. Fasern am Rande dick; im Innern sehr fein. An einzelnen Stellen zapfenartig in die Tiefe dringend, stärkere fasrige Gliaanhäufung. Im allgemeinen dringt jedoch die Vermehrung der Gliafasern nicht sehr tief ein. Nach der Oberfläche zu finden sich ziemlich viele Spinnenzellen. Zentral scheint die Gliavermehrung etwas stärker zu sein und auch weiter in die Tiefe zu reichen, namentlich in Begleitung der Gefäße.

Fibrillen. Kerne der Ganglienzellen hell. Fibrillen überall gut erhalten. In den kleinen Pyramiden Fibrillen bis dicht vor der Zelle verfolgbar, dann zuweilen Zerfall in Ketten. In der Zelle feinkörniger Zerfall. In den großen Ganglienzellen Kerne gleichfalls hell. Fibrillen in und durch die Zelle zu verfolgen. Perizelluläre Netze sichtbar.

Die Markscheiden zeigen keinen erheblichen Zerfall. Nur die Tangentialformen sind spärlich zu sehen.

Fall 7. J. H., 32 Jahre alt, lediger Postassistent. Aufgenommen am 26. Juli 1906.

Über Heredität wie über die Vorgeschichte war nichts in Erfahrung zu bringen. Pat. hatte sich infolge eines dienstlichen Ärgers sehr aufgeregt. Er kam gedrückt und niedergeschlagen zu seinem Bruder. War ganz steif und negativistisch. In der Nacht wurde er plötzlich erregt, griff die Umgebung an und wurde nur mit Mühe überwältigt.

Bei der Aufnahme ist er ruhig, aber unorientiert, wird aber, kaum auf die Abteilung verbracht, wieder erregt. Spricht in steigernder Unruhe, zusammenhanglos von Totschießen, „Soldaten", Studenten vor sich hin, wobei er sich nicht ablenken läßt. Halluzinationen scheinen vorhanden zu sein. Auf Anrede reagiert er nicht. Dagegen stürzt er sich ab und zu auf einen Wärter und sucht ihm den Schlüssel zu entreißen. Während er vor sich hin spricht, läuft er ruhelos umher. Eine Untersuchung ist zunächst nicht ausführbar. Am folgenden Tage Zunahme der Erregung. Pat. stürzt sich aus dem Bett. Starrt an die Decke, macht zwecklose Bewegungen mit Armen und Beinen. Am 28. ist er in voller Jaktation, liegt mit blaurotem Gesicht und schweißbedecktem Körper da, sich beständig abarbeitend und aufscheuernd. Das Bewußtsein ist tief benommen. Reagiert auf äußere Reize nicht. An den folgenden Tagen ist Pat. vorübergehend etwas ruhiger und im Bewußtsein klarer. Am 1. August steigert sich die motorische Unruhe von neuem. Er stürzt sich aus dem Bett, reißt an den Genitalien, klammert sich ans Bett, stößt den Kopf an die Wand,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schlegelt mit den Beinen und läßt nichts mit sich vornehmen. Am 2. August in der Frühe ist Pat. ruhig, aber tief benommen. Zugleich setzen klonische und tonische Krämpfe der linken Seite, Fazialis und Arm ein. das Bein ist frei. Das Gesicht ist blaurot, Puls klein und beschleunigt. Temperatur 39,8. Nahrung wird nicht mehr genommen. Urinretention. Nachmittags *Cheyne-Stokes*sches Atmen. Die linksseitigen Krämpfe wiederholen sich mehrmals, doch erstrecken sie sich zuletzt auch auf die untere Extremität. Die ganze linke Seite ist gelähmt. Temperatur 40. Puls 114. Gegen Abend steigt die Temperatur auf 42 bei Zyanose des ganzen Körpers. Exitus letalis 6,30 p. m.

S e k t i o n. Brust und Bauchorgane bieten nichts Abnormes, nur der Anfangsteil der Aorta zeigt etwas Sklerose. Schädel ohne Besonderes. Zwischen mittlerem und hinterem Drittel des Sinus longitudinalis springen die Venen der Dura prall gefüllt, geschlängelt, dunkelrot über die Oberfläche vor. Der ganze Sinus long. des Sinus rectus bis zum Confl. sin. ist von einem dunkelrot bis schwarzen Gerinnsel erfüllt, dazwischen hellgelbe Schichten. Das Gerinnsel läßt sich als Ganzes herausnehmen und setzt sich nicht in d. Sin. transv. fort. Die Dura läßt sich leicht abziehen. Die Pia ist blutreich. Über der Höhe der r. hinteren Zentralwindung, der anstoßenden Parietal- und Temperalwindungen und über dem r. Stirnhirn ist die Pia diffus mit Blut erfüllt. Besonders stark wie ein Federkiel sich anfühlend, ist die Vene, die in der r. hinteren Zentralfurche verläuft, angefüllt, ebenso die in der linken Zentralfurche. Im oberen Teil der r. hinteren Zentralwindung zeigt sich auf dem Durchschnitt ein großer roter bis in das Marklager eindringender Erweichungsherd.

In der ganzen Umgebung noch über den Parietallappen hinaus zeigen sich zerstreut kleine Blutungen. — Gefäße der Basis zart. Das Gehirn wird zwecks Konservierung in toto eingelegt.

M i k r o s k o p i s c h e U n t e r s u c h u n g. Pia verdickt, subpiale Blutungen; ebenso in der Rinde zahlreiche Blutaustritte, namentlich in der Umgebung kleiner Gefäße. Arterielle Gefäße scheinen in Pia und Rinde etwas verdickte Wandungen zu haben. Venöse Gefäße alle erweitert, strotzend mit Blut gefüllt. Keine Zellinfiltration der Gefäßscheiden. Gliafasern am Rande etwas vermehrt. Die Vermehrung nicht weit in die Tiefe zu verfolgen. Um die Gefäße ist die Glia ebenfalls etwas vermehrt. Einzelne Spinnenzellen.

F i b r i l l e n. Zellen hell, ebenso Kerne. Fibrillen deutlich, normal dicht stehend. In der Zelle öfters nicht darzustellen; bei einzelnen lassen sie sich jedoch gut durch die Zellen verfolgen.

Nach *Reich* wenig Abbauprodukte.

G a n g l i e n z e l l e n. Diese sind ziemlich gleichmäßig dunkel gefärbt. Fortsätze weithin sichtbar, strukturlos. Färbbare Substanz in der Zelle ist in staubartige Körnchen zerfallen. Einzelne Kerne der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganglienzellen ganz dunkel in hellem Zelleib. Gruppenweise Zellen ganz in Auflösung. Starke Verlagerung derselben.

Aus der gedrängten Beschreibung der obigen Fälle dürfte zunächst hervorgehen, daß es sich auch tatsächlich um solche handelt, die einzureihen sind unter der Bezeichnung des Delirium acutum. Betrachten wir zunächst, was diese Fälle, abgesehen von dem allgemeinen Verlauf und Ausgang, Gemeinsames bieten.

Da ist zunächst bemerkenswert, daß nur in zwei der Krankheitsgeschichten (I u. VII) nichts von Hereditát bekannt ist, wobei noch erwähnt werden muß, daß gerade bei diesen die Anamnese nicht vollständig ist. Bei den übrigen liegt zum Teil sehr schwere erbliche Belastung vor.

Der Ausbruch der Tobsucht erfolgte 6 mal nach einem kurzen Prodromalstadium von wenigen Tagen bis einigen Wochen, in denen ein verändertes Wesen an dem Kranken bemerkt worden war. Nur in VII. erfolgt der Ausbruch ganz akut. —

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht bei allen die Desorientiertheit und Inkohärenz bei anfänglich wechselnder Bewußtseinshelligkeit, die gegen das Ende immer mehr in Benommenheit überging. Eine vorwiegende Stimmungsfärbung findet sich nicht, dagegen scheinen öfters Angstgefühle vorzukommen. Halluzinationen scheinen in einzelnen Fällen vorhanden zu sein, treten aber nicht stark hervor und sind nicht immer sicher nachweisbar. Es fehlen ferner motorische Anomalien im Sinne des Katatonen-Krankheitsbildes (Flexibilitas cerea, Automatismen, Negativismus etc.), wie solche in den Fällen *Webers* l. c. beschrieben sind. Dagegen findet sich in fast allen Fällen die eigentümliche für das Delirium acutum charakteristische motorische, choreaähnliche Unruhe, welche wohl als ein Reizsymptom aufzufassen ist. Herdsymptome fehlten dagegen mit Ausnahme des letzten Falles, der kurze Zeit vor dem Exitus halbseitige Krämpfe mit Lähmungserscheinungen zeigte, vollständig; ein Verhalten, das speziell auch bei dem Delirium acutum die Regel ist. Von weiteren körperlichen Symptomen ist das Fieber zu nennen, das 4 mal festgestellt ist, wobei jedoch nicht ausgeschlossen ist, daß solches auch in den Fällen I und II wenigstens in den letzten Stunden vorhanden war. Bei allen mit Ausnahme von IV. trat dasselbe, aber erst spät, in den letzten Tagen auf. Infektiöse Vorgänge, wie solche zuweilen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Ursache für das vorliegende Krankheitsbild angenommen werden und wohl auch für manche derselben mit Recht, dürfen wir in unseren Fällen wohl ausschließen, wenigstens fanden sich in der Sektion und der nachfolgenden Untersuchung hierfür keine Anhaltspunkte. Zweimal fanden sich pneumonische Kerne, die vielleicht für das terminale Fieber verantwortlich gemacht werden können. Nur in Fall IV dauerte das Fieber etwas länger und gerade hier fand sich in den Brust- und Bauchorganen, aber auch im Gehirn bei der Sektion keine Ursache vor. Zweimal wird in der Anamnese Influenza angeführt. Einmal wird sie als Ursache der plötzlichen Verschlimmerung genannt und einmal gehen die ersten Erscheinungen einer psychischen Veränderung auf die Zeit nach dem Ablauf eines solchen zurück. (Fall III u. VI.) Es könnte sich hier also vielleicht um postinfektiöse Erkrankungen (*Binswanger* l. c.) handeln. Wird doch gerade die Influenza beschuldigt, daß ihr Erreger, resp. das Grippotoxin, besonders nachteilig auf das Zentralnervensystem wirke.

Wenn es sich nun darum handelte, die einzelnen Fälle nach ihren klinischen Erscheinungen bestimmten Krankheitsgruppen zuzuweisen, so dürfte dies bei dem gleichartigen Verlauf und kurzem Prodromalstadium mit unbestimmten Symptomen einiger Schwierigkeit begegnen. Nur in Fall IV läßt sich bei der längeren Dauer der einleitenden Erscheinungen sagen, daß es sich um eine senile Psychose handelte. Die Symptome in Fall III deuten auf den Beginn einer Demenz hin, sind aber zu unbestimmt, um eine sichere Diagnose zu erlauben.

Die Analyse der klinischen Erscheinungen gibt uns also bei den vorliegenden, rasch mit Tod endigenden Fällen nicht immer genügende Anhaltspunkte zur Trennung der einzelnen Krankheitsbilder. Es überwiegen die gemeinsamen und einigenden Züge aus dem akuten klinischen Schlußbild, weshalb wohl auch dieser Symptomenkomplex zuweilen als besonderes Krankheitsbild aufgefaßt wurde. Dafür gibt uns die Sektion die Möglichkeit, die Fälle zu sondern, und einige Krankheitsbilder abzutrennen.

In Fall I ist Trübung und Verdickung der Pia, Atrophie der Windungen, Hydrozephalus externus, Granulierung des Ventrikelependyms erwähnt, Befunde, die uns direkt auf progressive Paralyse hinweisen. Fall VII nimmt ebenfalls eine Sonderstellung ein, weil hier die Vorgänge im Gefäßsystem, die Stauung im gesamten Venensystem,


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die zu Rupturen und Blutaustritten in die Hirnsubstanz geführt hat, die anderen Erscheinungen in den Hintergrund drängt. In allen übrigen Fällen, auch in I finden wir die Hirnsubstanz blaß, bei zuweilen blutreicher Pia. Die Konsistenz ist gewöhnlich vermehrt, die Masse feucht durchtränkt. In Fall VI sind, ohne daß Hydrozephalus externus oder internus, der sich außer in dem Fall von Paralyse nur einmal findet, vorhanden wäre, die Windungen abgeplattet, so daß das Gesamtgehirn den Eindruck der Schwellung macht. Vielleicht dürfte es sich empfehlen, derartigen Befunden etwas mehr Beachtung zu schenken und nach dem Vorgange der Würzburger Klinik Kapazitätsmessungen anzustellen, da möglicherweise doch Schwellungen und seröse Durchtränkungen des Gehirns bei solchen akut verlaufenden Fällen eine Rolle spielen. Auch in Fall VII läßt sich eine derartige Veränderung nicht ausschließen.

Wenden wir uns jetzt zu den mikroskopischen Befunden, so müssen wir wiederholen, daß solche mit Bezug auf die klinischen Erscheinungen nur mit Vorsicht zu verwerten sind, da wir ja hierin bekanntlich trotz verheißungsvoller neuester Bemühungen überhaupt noch in den ersten Anfängen stehen. Wir müssen hier unterscheiden zwischen solchen Befunden, durch welche sich die einzelnen Krankheiten unterscheiden, und solchen, die allen oder auch mehreren gemeinsam sind.

Hier nimmt Fall I wieder eine Sonderstellung ein. Wir finden bei ihm alle von *Alzheimer* für die Paralyse als charakteristisch angegebenen Zeichen. Vor allem die zellige Infiltration der Gefäßscheiden, Plasmazellen, Stäbchenzellen, viele Trabantzellen, die vielgestaltigen Veränderungen an den Ganglienzellen usw. Ebenso charakteristisch ist das Bild der enorm vermehrten fasrigen Glia, die sich nach außen zu einem starken Randzopf verdichtet. Der Ausfall der Markfasern deutet ebenfalls auf einen längeren Verlauf der Erkrankung, wie auch das Marchipräparat starken Zerfall anzeigt. Es dürfte also hier kein Zweifel bestehen, daß es sich um eine Paralyse handelt. Eine Ursache für den foudroyanten Verlauf läßt sich jedoch aus dem histologischen Befund nicht ableiten. Vielleicht ist die Ursache hier in dem Verhalten der Meningen oder in dem raschen Anwachsen des Hydrozephalus zu suchen. Bemerkenswert ist jedenfalls, daß der Hirnprozeß bereits alt und schon weit vorgeschritten war, ehe er überhaupt Erscheinungen gemacht hat.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall IV und VI zeigen mikroskopisch viel Ähnlichkeit. Hier sind die strukturlosen Fortsätze der Ganglienzellen bei Methylenblaufärbung besonders weit und geschlängelt sichtbar. Bei beiden findet sich viel Pigment, so daß die Ganglienzellen zuweilen mit Pigment gefüllten Säcken gleichen. Die Glia zeigt Vermehrung der Fasern, darunter besonders grobe und außerdem zahlreiche Spinnenzellen. Die Fibrillen sind gut sichtbar. Diese Veränderungen sind zum Teil solche, wie sie bei senilen Personen gefunden werden.

Bei Fall IV ist dies ohne weiteres verständlich. Nicht so in VI, wo es sich um einen erst 44 jährigen soliden Mann handelt. Bemerkenswert ist jedoch, daß dieser Patient besonders schwer erblich belastet war, und es läßt sich hier annehmen, daß durch die schwere Belastung ein vorzeitiges Senium und vielleicht auch der schnelle Zusammenbruch verursacht war.

Auch in den übrigen Fällen finden sich konstant Zellveränderungen. Sie sind aber sehr verschiedener Art und bieten nichts Charakteristisches. Zu erwähnen ist noch, daß in fast allen Fällen Gliazellen sich zahlreicher als gewöhnlich dicht um die Ganglienzellen drängen, häufig auch in dieselben eingedrungen scheinen. In II und VII sind ziemlich alle Ganglienzellen mehr gleichmäßig verändert, während in III und V die Zelldegeneration überhaupt geringer ist und mehr gruppenweise auftritt. Ein vorzugweises Vorkommen in bestimmten Bezirken oder Schichten der Rinde ließ sich nicht feststellen, doch scheint es, daß die größeren Pyramidenzellen etwas seltener befallen werden oder vielleicht mehr Widerstand leisten als die übrigen, da man unter diesen noch die am besten erhaltenen Strukturbilder trifft. Es ist überhaupt fraglich, wie weit man die Degeneration der Ganglienzellen auf den ursprünglichen pathologischen Prozeß beziehen darf, insofern bei diesen Fällen doch dem Exitus eine oft recht lange Agone mit oft tagelanger Benommenheit und hohem Fieber voraufgeht. Man erhält dadurch jedenfalls sekundäre Veränderungen an den Ganglienzellen, die mit der ursprünglichen Erkrankung nichts mehr zu tun haben. Eher ließe sich noch das Verhalten der Glia, Gefäße und Markscheiden herbeiziehen.

Erstere zeigt in drei Fällen deutliche, jedoch schon weiter zurückgehende Vermehrung der Fasern. In II und III scheinen die nur stellenweise vorhandenen Veränderungen frischer zu sein. Die Gefäße


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind meist zart; nur in I und IV haben wir verdickte Wandungen. In VII sind die venösen Gefäße erweitert, mit Blut gefüllt, und es finden sich zahlreiche Blutaustritte in die Gewebe.

Markscheidenzerfall ist wiederholt zu konstatieren. Ebenso zeigen *Marchi*präparate lebhaften Zerfall an. Die *Reich*sche Methode, die leider nur in einem Falle Anwendung finden konnte, zeigt ebenfalls Abbauprodukte, ohne daß sich jedoch daraus ein Schluß auf die Art und Intensität des Vorgangs ziehen läßt.

Über das pathologische Verhalten der Fibrillen möchte ich mir kein Urteil erlauben, da hierüber ja noch wenig feststeht und mir auch die Erfahrung aus eigener Anschauung fehlt. Immerhin ist bemerkenswert, daß gerade in den Fällen, in welchen die Zelldegeneration schwer und häufiger ist, auch die Fibrillen innerhalb der Zellen sich teilweise nicht so gut darstellen lassen, außerdem die Dichte des Fibrillennetzes außerhalb der Zellen geringer schien. Das Verhalten der Pia ist gleichfalls wechselnd. —

So bescheiden diese Ergebnisse sind, so erscheinen sie uns aber doch nicht unerheblich. Die mikroskopische Untersuchung hat vermocht, drei von den sieben Fällen mit etwas größerer Sicherheit bestimmten Krankheitsgruppen zuzuweisen. Einmal handelte es sich um eine foudroyant verlaufende Paralyse, zweimal um senile Erkrankungen. Fall VII hat sich als enorme venöse Stauung mit Thrombosierung des Sinus sowie verschiedener größerer Gefäße dargestellt. Das stärkere Befallensein der Zentralwindungen der einen Seite hat auch die motorischen Reizerscheinungen auf der entsprechenden anderen Seite erklärt. Welche Ursache diese Stauung aber hat, ist nicht zu eruieren. Die übrigen Fälle bieten mikroskopisch keine Befunde, wodurch man sie bestimmten Krankheitsgruppen zuweisen könnte. Sie dürften funktionellen Psychosen zugehören (für die ja sichere histologische Grundlagen überhaupt noch nicht existieren).

Gemeinsam allen Fällen ist aber nur die Zelldegeneration, die bald mehr diffus, bald regionär verschieden stark auftritt. Sie bietet aber keineswegs etwas Charakteristisches, sondern zeigt verschiedene Arten und Grade derselben. Jedenfalls läßt sich aus ihr kein Schluß ziehen auf die Vorgänge, die den raschen Verlauf und den letalen Ausgang bedingten.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Hoffnung also, für die relativ gleichartigen Erkrankungen, sowie den foudroyanten Verlauf histologisch auch gleichartige Veränderungen zu finden, hat sich bei unseren Fällen nicht erfüllt. Auch *Weber*, a. a. O., dessen Fälle einen anderen Symptomenkomplex im Sinne der akinetischen Motilitätspsychose (*Wernicke*) darstellen, kommt zu demselben Resultate.

Man muß sich daher fragen, ob wir überhaupt erwarten dürfen, bei derartigen akut letal endenden Psychosen histologische Veränderungen zu finden, die auf den besonderen Verlauf und Ausgang einen Rückschluß erlauben. Auch bei den sogenannten funktionellen Psychosen lassen sich ja sichere oder gar eindeutige Veränderungen noch nicht nachweisen. Daß aber bei unseren, mit den heftigsten Hirnerscheinungen rapid zum Tode führenden Erkrankungen schwere Veränderungen auch in der Hirnrinde stattfinden müssen, läßt sich wohl ohne weiteres annehmen, nur lassen sie sich offenbar nicht mit unseren jetzigen Methoden darstellen. Ob hierüber die neueren Untersuchungen über den Abbau des Nervensystems von *Alzheimer* und *Merzbacher* Aufschluß bringen werden, muß abgewartet werden. Wir können annehmen, daß es sich um chemische, rasch wechselnde Vorgänge im Zellprotoplasma handelt, die sich aber mit dem Eintritt des Todes wieder ändern, so daß man nach dem Tode wieder etwas ganz anderes vor sich hat als unmittelbar vorher. Auch wirken, wie schon erwähnt, vielleicht die Vorgänge vor und während der Agone, sowie nach dem Tode auf das morphologische Verhalten energischer ein, als die durch die Krankheit bedingten chemischen Veränderungen im Protoplasma. Endlich dürften manche Änderungen in den letzteren, z. B. Gerinnungen durch die Prozeduren der Fixierung usw. zum Zwecke der anatomischen Untersuchung völlig verdeckt werden.

Möglicherweise handelt es sich aber auch um physikalische Vorgänge, um unter Umständen rasch wechselnde Volumenänderungen infolge Aufnahme von Flüssigkeit in die Zellen selber, wie *Reichardt*[1]) solche annimmt. Gerade in den akut verlaufenden Fällen muß man mit solchen rechnen, und sehen wir unsere Fälle daraufhin an, so läßt sich sagen, daß bei den meisten bei der Sektion Veränderungen der

*) *Reichardt*, Über Hirnmaterie, Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 24.

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Konsistenz und Durchfeuchtung, in einem Falle deutliche Schwellung des Gesamtorgans erwähnt sind. Leider wurden Volumbestimmungen, die in solchen Fällen nach dem Vorschlage *Reichardts* wohl angebracht wären, nicht ausgeführt. Ausschließen läßt es sich wohl nicht, daß auf diesem Wege da, wo die histologische Untersuchung versagt, noch weiter zu kommen wäre. — Bakterielle Infektion konnte in unseren Fällen nicht nachgewiesen werden.

Fassen wir nunmehr das Resultat der Untersuchung zusammen, so läßt sich sagen:

1. Dem beschriebenen Symptomenkomplex, der demjenigen entsprechen dürfte, wie ihn die Terminologie unter dem Namen Delirium acutum zusammenfaßt, liegt, wie dies auch von anderer Seite schon angenommen ist, kein einheitlicher Krankheitsprozeß zugrunde. Das Symptomenbild kann sich vielmehr auf Grundlage von sehr verschiedenen Krankheiten entwickeln; in unseren Fällen auf Grundlage der Paralyse, des Seniums, der Prim. Demenz und einer akuten Zirkulationsstörung.

2. Eine gemeinsame Ursache für den symptomatologisch gleichartigen Verlauf ließ sich histologisch nicht nachweisen. Der einzige allen Fällen gemeinsame Befund, die akute Zellerkrankung, bietet nichts für diesen Verlauf und Ausgang Charakteristisches dar.

3. In Anbetracht des Mangels histologisch nachweisbarer Veränderungen einerseits, gewisser Befunde bei der Sektion des Gehirns (Schwellung, Konsistenzveränderung) andererseits, scheint es nicht ausgeschlossen, daß rasch eintretende physikalische Veränderungen in der Hirnmaterie die Ursache für den rasch deletären Verlauf abgeben.

4. Da in den vorliegenden Fällen, in denen überhaupt eine Anamnese vorhanden ist, erbliche Belastung, und zwar zum Teil recht schwere, vorliegt, so läßt sich annehmen, daß für das Zustandekommen solcher akut tödlich endender Verlaufsformen eine Prädisposition eine wesentliche Rolle spielt.

Erklärung der Abbildungen:

Figur 1. Degenerierte Ganglienzellen und Gliakerne aus Fall I. Methylenblaufärbung.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fig. 2. Vermehrung der faserigen Glia bei Paralyse, Fall I. Gliafärbung *Weigert.*

Fig. 3. Gliavermehrung, Spinnenzellen, Fall 4. *Weigerts* Neurogliafärbung.

Fig. 4 u. 5. Fibrillen innerhalb der Ganglienzellen. *Bielschofskys* Färbung. Fall 2.

Vergrößerung bei sämtlichen Zeiß Immersion 3 mm. Ok. 8.

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei Geisteskranken.[1])

Von

Prof. Dr. **Ernst Schultze** und Dr. **A. Knauer.**

Die Bevorzugung, die der Internist chemischen Studien in seinem Arbeitsgebiet während der letzten Jahrzehnte angedeihen läßt, ist in theoretischer und praktischer Beziehung gerechtfertigt. Denn so wird nicht nur ein Einblick in das Wesen und den Zusammenhang vieler Krankheiten ermöglicht, auch solcher, die nicht unmittelbar als Stoffwechselkrankheiten anzusprechen sind, sondern auch die Therapie wird losgelöst von der rohen Empirie und in vielen Fällen auf eine wissenschaftlich gesicherte Basis gestellt. Bei diesen therapeutischen Bestrebungen ging man von den Krankheiten aus, um die Heilmittel zu finden. Aber auch der umgekehrte Weg ist möglich, seitdem sich unsere Kenntnisse von den Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung gemehrt haben. Dem einen von uns (*Sch.*) ist es vor wenigen Jahren in gemeinschaftlicher Arbeit mit einem Chemiker gelungen, auf dem Papiere, wenn man so sagen darf, ein Schlafmittel zu konstruieren, dessen hypnotische Wirkung um so eher zu erwarten war, als physikalische Untersuchungen ein ganz bestimmtes Verhalten seiner Löslichkeit in Fett und in Wasser festgestellt hatten.

Wenn die Chemie in der Psychiatrie sich bisher keiner übermäßigen Wertschätzung erfreut, so ist das einmal begründet in der großen Schwierigkeit, der die Durchführung exakter Untersuchungen, vor allem der Stoffwechseluntersuchungen, bei Geisteskranken begegnet. Dann aber auch kann die Chemie nur mittelbare Dienste leisten, da wenigstens zurzeit noch nicht erwartet werden kann, daß die

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen der Gehirnfunktionen schon zu Lebzeiten des Individuums ihren Ausdruck in bestimmten chemischen Prozessen finden. Aber wir wissen, daß Psychosen vielfach Krankheiten sind, die nicht auf das Zentralnervensystem beschränkt sind, sondern gleichzeitig auch mit den verschiedensten anatomisch nachweisbaren Störungen der vegetativen Organe einhergehen. Wie auch ihr gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis sein mag, so ist doch nicht zu bestreiten, daß dadurch die Möglichkeit gegeben ist, Störungen auf psychischem Gebiete auch durch solche chemischer Natur nachzuweisen. Die Zahl der physiologisch-chemischen Arbeiten in der Psychiatrie, die einer strengen Kritik standhalten können, ist bisher nicht groß; immerhin genügt sie, die Berechtigung chemischer Arbeiten an Geisteskranken zu beweisen. Um so mehr sollte dieser Weg benutzt werden, als die Psychiatrie die „subjektivste" unter den klinischen Disziplinen ist. Gerade der Psychiater bedarf somit objektiver Methoden, die gestatten, seelische Vorgänge und ihre Abweichungen von der Norm in einer Form darzustellen, die eine Nachprüfung jedem andern zu jeder Zeit ermöglicht. Diese Möglichkeit gewähren einmal anatomische Untersuchungen und dann die von *Kraepelin* und *Sommer* eingeführten und ausgearbeiteten Methoden, die sich der modernen experimentellen Psychologie eng anschließen. Freilich wird man bei chemischen Arbeiten die Erwartungen nicht zu hoch spannen dürfen, um nicht Enttäuschungen zu erleben. Ein vorsichtiger Standpunkt ist um so mehr geboten, weil nicht einmal bei körperlichen Krankheiten alle Fragen der Stoffwechselstörungen gelöst sind; hier aber kommt noch die weitere Schwierigkeit hinzu, daß psychische Einflüsse, die zudem nicht meßbar sind, auf den Stoffwechsel in der mannigfachsten Weise einwirken können.

Bei den chemischen Arbeiten auf dem Gebiete der Psychiatrie ist man von verschiedenen Gesichtspunkten ausgegangen; entweder hat man den Harn auf seine verschiedenen physiologischen und pathologischen Bestandteile bei den einzelnen Krankheitsformen untersucht, oder man berücksichtigte einen bestimmten chemischen Körper oder eine Gruppe zusammengehöriger Körper und ermittelte ihre Beziehungen zu bestimmten Krankheitsformen oder Symptomen.

Aus Zweckmäßigkeitsgründen schlugen wir den letzteren Weg ein. Für die Wahl des Themas war die Tatsache maßgebend, daß jedem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von uns und unabhängig von einander aufgefallen war, wie oft Zucker im Harn melancholischer Individuen sich nachweisen ließ.

Wandten wir empfindliche Methoden an, so war der Zuckerbefund ungewöhnlich häufiger, als allgemein angenommen wird. Dem einen von uns (*Sch.*) ist es schon früher aufgefallen, wie oft Zucker im Urine Geisteskranker unmittelbar nach ihrer Aufnahme in die Anstalt gefunden wurde, später aber nicht mehr; in vielen Fällen war eine psychische Besserung der anfänglichen Erregung gefolgt. Freilich kann diese Behauptung nur den allgemeinen Eindruck wiedergeben, nicht aber durch zahlenmäßige Belege bewiesen werden. Der andere (*K.*) machte die gleichen Beobachtungen während seiner Tätigkeit an der Privatanstalt von *v. Ehrenwall* in Ahrweiler und an der Gießener Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Bemerkenswert ist der Fall eines Bankiers, der wiederholt nach Ahrweiler kam und jedesmal einen hohen Zuckerbefund bei ausgesprochener Neurasthenie mit Angstzuständen bot. Überarbeitung und vielfacher Ärger waren stets vorausgegangen. In der Anstalt verschwand mit der Abnahme der nervösen Beschwerden ohne jede diätetische Behandlung der Zucker sehr schnell und völlig. Ein weiteres Symptom des Diabetes fehlte und ist auch bis heute nicht eingetreten, wiewohl dieser Kaufmann schon wiederholt innerhalb der letzten 6 Jahre die Anstalt aufgesucht hat.

Bei den regelmäßigen Harnuntersuchungen der der hiesigen Klinik zugeführten Kranken, die wegen unserer früheren Beobachtungen hinsichtlich des Zuckernachweises mit besonderer Sorgfalt ausgeführt wurden, wurde ebenfalls sehr oft Zucker im Harn gefunden. Auch hierbei ergab sich, daß vor allem die Kranken mit depressiven und ängstlichen Verstimmungen diesen Befund boten; der Zucker verschwand oder nahm doch ab mit der Besserung des psychischen Befindens. Bei allen derartigen Untersuchungen aber handelte es sich immer um vereinzelte Untersuchungen, die vorgenommen waren, weil der Kranke in die Klinik aufgenommen war oder eine auffallende Veränderung in seinem Verhalten bot oder in kurzer Zeit entlassen werden sollte. Der Urin war somit nur sprungweise untersucht. Ein Einblick in die Beziehungen der Störungen des Kohlehydratstoffwechsels zum psychischen Verhalten eines Kranken konnte, falls solche überhaupt bestehen, so nicht eröffnet werden. Um einen solchen


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu gewinnen, war es vielmehr notwendig, systematische Untersuchungen anzustellen, mit andern Worten, den Urin Tag für Tag längere Zeit hindurch mit empfindlichen und sicheren Methoden auf Zucker unter Berücksichtigung des psychischen Verhaltens des Kranken zu untersuchen. Sehr bald stellte sich die weitere Notwendigkeit heraus, auch die Menge und Art der zugeführten Nahrung zu beachten.

Derartige systematische Untersuchungen waren um so mehr geboten, als sie unseres Wissens bisher noch nicht angestellt worden sind.

Um eine zutreffende Bewertung der von uns erhobenen Befunde und ihre Nachprüfung zu ermöglichen, seien folgende Bemerkungen über die Versuchsanordnung vorausgeschickt.

Ein zuverlässiges Bild über die Menge des im Harn ausgeschiedenen Zuckers kann natürlich nur die Verarbeitung der gesamten, in 24 Stunden entleerten Urinmenge geben, zumal bekannt ist, daß nicht zu allen Tageszeiten der Zuckergehalt des Urins der gleiche ist. So interessant es auch gewesen wäre, die zu den verschiedenen Tageszeiten entleerten Urine gesondert zu untersuchen, so war es doch nicht möglich, die Arbeit so weit zu spezialisieren. Die Schwierigkeit, die gesamte Tagesmenge des Urins von den Geisteskranken zu erhalten, war sehr groß. Wir sehen davon ab, daß das Pflegepersonal nur schwer zu der für eine solche Untersuchung notwendigen Pünktlichkeit und Sorgfalt erzogen werden konnte. Sehr viel häufiger machten die Kranken es uns unmöglich, den gesamten Tagesurin zu erhalten; zum Teil waren sie unreinlich, zum Teil waren sie nicht zu bewegen, vor der Kotentleerung zu urinieren, zum Teil sträubten sie sich trotz allen Zuredens energisch, ihren Urin in bestimmte Gefäße zu entleeren. Bei einzelnen Kranken versagte jede Belehrung, so daß wir von ihrer Verwertung für die Stoffwechselversuche ganz absehen mußten. Wir trugen Bedenken, durch Katheterisieren uns den Urin zu verschaffen, um so mehr, als auch so nicht alle Fehlerquellen ausgeschaltet worden wären. Fast alle für die systematische Untersuchung benutzten Kranken lagen auf dem Wachsaal und standen so Tag und Nacht unter ständiger Aufsicht. Um das Personal zu kontrollieren, gaben wir wiederholt Kranken ohne dessen Wissen Jodkali, natürlich zu einer Zeit, in der eine etwaige medikamentöse Einwirkung auf den Stoffwechsel belanglos war. Durch den Jodnachweis im Urin konnten wir uns davon überzeugen, daß die Urine — es wurden zeitweilig die Urine von 20 Kranken und mehr täglich untersucht — wenigstens in diesen Fällen nicht verwechselt waren. Freilich wäre es noch besser gewesen — wir haben das zum Schlusse unserer Untersuchung nachgeholt —, den nicht untersuchten Kranken ohne Wissen des Personals Jodkali zu geben: ein Jodbefund würde dann eine unerlaubte Mischung des Urins aufgedeckt haben.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Urine wurden qualitativ nach *Worm-Müller* untersucht. Vielfach versagte die *Trommer*sche Probe bei zweifellosem Zuckergehalt des Urins. Die *Worm-Müller*sche Probe bewährte sich auch uns als eine sehr viel zuverlässigere Reduktionsprobe und wurde daher vor der althergebrachten *Trommer*schen Probe von uns bevorzugt. Auch die *Haines*sche Methode erwies sich, soweit wir uns deren bedienten, als zuverlässig. In einer Reihe von Fällen stellten wir mit Hilfe der von *E. Fischer* angegebenen Phenylhydrazinmethode die Glukosazonkristalle in ihrem charakteristischen mikroskopischen Verhalten dar.

Wir untersuchten alle Urine auf ihre Gärfähigkeit und benutzten den von *Lohnstein* angegebenen Apparat, um den Zuckergehalt quantitativ zu bestimmen. In einer Reihe von Fällen überzeugten wir uns durch Zufügen von Kalilauge zu dem bei der Gärung entstandenen Gase oder durch dessen Behandlung mit Kalkhydrat nach vorheriger Überführung in ein Azotometer, daß dieses Gas Kohlensäure war. Durch Ansetzen einer Probe Hefe mit Wasser und einer weiteren Probe mit einer zuckerhaltigen Lösung überzeugten wir uns jedesmal, sobald neue Hefe benutzt wurde, davon, daß diese Hefe keine gärungfähige Substanz enthielt und gärungkräftig war. Von gärungfähigen Kohlehydraten im Urin kommt neben Traubenzucker noch Lävulose in Betracht. Daher wurde in einer Reihe von Fällen der Urin vermittelst der *Seliwanoff*schen Reaktion untersucht. Diese Probe fiel fast stets negativ aus. Wenn wirklich der sehr bald nach der Entleerung untersuchte Urin, was ab und zu geschah, sich rot färbte, so war diese Rotfärbung nur unbedeutend und konnte nach kolorimetrischen Kontrolluntersuchungen, die mit einem künstlichen Lävuloseurin angestellt waren, kaum in Betracht kommen. *Jach* hat vor kurzem Geisteskranke auf ihre Fähigkeit untersucht, per os eingeführte Lävulose zu verbrennen. Dabei fand er die Toleranz vor allem bei Paralyse und dann bei Epilepsie herabgesetzt, während die andern Psychosen sich in ihrem Verhalten gegenüber der Lävulose der Norm näherten. Treffen diese Angaben zu, und gestattet das Verhalten einer künstlich durch Lävuloseeingabe erzeugten Lävulosurie einen Schluß auf die spontane Lävulosurie, so konnte bei unsern Untersuchungen Lävulosurie kaum erwartet werden, da für diese gerade progressive Paralyse und Epilepsie weniger in Betracht kommen als andere Psychosen. Urine, die die *Seliwanoff*sche Probe, wenn auch wie gesagt nur schwach, gaben, zeigten keine Linksdrehung des polarisierten Lichts, enthielten also jedenfalls keine erheblichen Mengen Lävulose.

Wir halten uns somit für berechtigt, da nur der positive Ausfall der Gärungsprobe entschied, den von uns nachgewiesenen reduzierenden Körper als Traubenzucker anzusprechen.

Zur quantitativen Bestimmung des Zuckers diente, wie schon gesagt ist, der *Lohnstein*sche Apparat. Da die diesem mitgegebene


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Skala empirisch gefunden ist, ist man dem einzelnen Apparate, wie *Sahli* zutreffend bemerkt, auf Gnade und Ungnade übergeben. Wurde dieselbe Zuckerlösung in verschiedenen *Lohnstein*-Apparaten untersucht, so wurde stets derselbe Zuckergehalt ermittelt. Das mit dem *Lohnstein*schen Apparat erhaltene Resultat stimmte bei starken Zuckerlösungen gut überein mit dem an dem Polarimeter erhaltenen Ergebnis. Darum dürften Fehler bei der Angabe des nach *Lohnstein* bestimmten Zuckergehaltes nicht erheblich ins Gewicht fallen, um so weniger, als diese ja in der gleichen Weise immer wiederkehren und sich ausgleichen dürften. Da für jede Untersuchung nur je 0,5 ccm Urin benutzt wurde, so kann nur eine geringe Menge Gas absorbiert sein, dessen Freiwerden bei der Gärung das Resultat beeinträchtigt.

Hinsichtlich der Ernährung können sich unsere Untersuchungen nicht mit den exakten Untersuchungen der Internisten und Physiologen messen, die eine Nahrung von ganz bestimmtem Gehalt an Kohlehydraten in einer im voraus bestimmten Menge geben. Bei Paralyse kann man so vorgehen, wie *Kauffmann* durch seine ausgedehnten Untersuchungen bewiesen hat. Bei der Art unserer Kranken mußten wir schon froh sein, wenn sie die übliche Kost der Klinik zu sich nahmen. Der bei einzelnen Kranken gemachte Versuch, ihnen eine bestimmte Nahrung mit bestimmtem Gehalt an Kohlehydraten zu geben, scheiterte; die Kranken vermuteten etwas Besonderes hinter dieser Anordnung oder verstanden nicht ihre Ausnahmestellung. Auch bei leidlich verständigen Menschen trafen wir hier oft ein herzlich geringes Verständnis. Der Ausweg, den Kranken, auch ohne daß sie die Nahrung verweigerten, eine bestimmte Kost durch die Schlundsonde einzuflößen unter Wegfall aller sonstigen Nahrung, verbot sich, weil hiermit neue Reize und Erregungen von schwankender Stärke verbunden sind. Somit blieb nichts übrig, als ihnen die gewöhnliche Kost in abgewogenen Mengen zu geben und die etwa nicht verzehrte Kost abzurechnen. Die Zahlen für die hiermit eingeführte Kohlehydratmenge, die nach *von Noorden* und *Schwenkenbecher* berechnet sind, stellen somit nur annähernde Werte dar. Aber die mit diesem Vorgehen verbundenen Fehler sind doch nicht so erheblich, daß die Bestimmung des Zuckergehalts des Urins, besonders in ihrem täglichen Verhalten, nicht verwertet werden könnte.

Noch ein Wort über das psychische Befinden der Kranken. Der Schwierigkeit, dieses objektiv, kurz und klar wiederzugeben, wurden wir uns immer wieder aufs neue bewußt. Jede Möglichkeit einer auch nur einigermaßen genauen graduellen Abstufung fehlt. Hierzu trat die weitere Schwierigkeit, daß wir bei der vorliegenden Arbeit keine unparteiischen Beobachter waren. Wir ließen daher zum Teil durch unbeteiligte Kollegen die zugehörigen Krankengeschichten führen. Vor allem benutzten wir die Aufzeichnungen des ganz unparteiischen Pflegepersonals, die dieses Tag für Tag, Nacht für Nacht über sämtliche in den Wachsälen unter-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebrachten Kranken aufschreiben muß. Diese Aufzeichnungen wurden zu einer Krankengeschichte zusammengestellt. Was uns an dieser wichtig erschien, was insbesondere auf Änderungen im Krankheitsbilde hinwies, wurde in die Tabellen eingetragen. Diese Auswahl wurde getroffen ohne Hinzuziehung des Ergebnisses der chemischen Untersuchung. Pfleger mit der Fähigkeit, gut zu beobachten und treffend zu schildern, wurden für den Dienst auf dem Wachsaal bevorzugt. Natürlich ist auch deren Schilderung nicht einwandfrei. Äußert der Kranke ängstliche Vorstellungen, wünscht er sein eigenes Ende, oder befürchtet er großes Unheil in seiner Familie, so erfahren wir das durch den Pfleger, der angewiesen ist, derartige Äußerungen des Kranken wörtlich aufzuschreiben. Aber wie soll der Pfleger erfahren, was in dem melancholischen Kranken vorgeht, der still in seinem Bett liegt? Auch der Arzt ist in solchen Fällen oft auf Analogieschlüsse angewiesen. Wir geben somit ohne weiteres zu, daß die Berichterstattung über das psychische Verhalten des Kranken mit mancherlei, zum Teil unvermeidbaren Fehlern verknüpft ist.

Im Anhang sind die Tabellen[1]) wiedergegeben, die die von uns durchgeführten Untersuchungen darstellen. Sie sind nach den bisherigen Bemerkungen ohne weiteres verständlich. Bevor wir die Tabellen erörtern, halten wir es für wichtig, hervorzuheben, daß wir den Diabetes in seinen Beziehungen zur Geistesstörung nicht in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen wollen. Bisher ist der nichts vorwegnehmende Ausdruck „Glykosurie" gebraucht, der im allgemeinen nur besagt, daß ein Individuum Traubenzucker im Harn ausscheidet. Wenn Glykosurie in einen Gegensatz zum Diabetes gestellt wird, versteht man unter ihr im engeren Sinne die nur vorübergehende Zuckerausscheidung gegenüber der chronischen Zuckerausscheidung des Diabetikers. Daß aber diese Unterscheidung nur eine quantitative ist, ergibt sich schon daraus, daß klinische Beobachtungen das häufige Vorkommen vorübergehender Glykosurien auch bei ausgesprochenem Diabetes und vor allem in dessen Beginn erwiesen haben.

Unter Glykosurie ohne weiteren Zusatz versteht man die Zuckerausscheidung nach gewöhnlicher, gemischter Nahrung. Von ihr zu unterscheiden ist die vorübergehende Zuckerausscheidung, die auftritt nach einer einmaligen Zufuhr einer größeren Menge von Amylazeen oder

[1]) Wegen Raummangels verzichten wir darauf, die schon fertiggestellten 30 Tabellen wiederzugeben, die unseren wochen- und monatelang durchgeführten Untersuchungen entsprechen. Im Anhange sind vielmehr nur drei Tabellen abgedruckt, die verschiedenen Krankheitsgruppen entnommen sind.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zucker. Somit ist zu trennen die alimentäre Glykosurie, und zwar je nachdem ex amylo oder e saccharo, von der spontanen Glykosurie, die auch alimentäre Glykosurie e nutrimentis genannt wird.

Eine Reihe von Schädlichkeiten, wie fieberhafte Infektionskrankheiten, Delirium tremens, gewisse Vergiftungen, kann, ohne daß Diabetes vorliegt oder später aufzutreten braucht, alimentäre Glykosurie e saccharo verursachen, auch wenn weniger als 150 bis 200 g Traubenzucker auf einmal verzehrt werden; das ist die Zuckermenge, deren Verbrennung dem gesunden Organismus zugemutet werden kann. Der Verdacht auf Diabetes wird eher geweckt durch eine alimentäre Glykosurie ex amylo, und dieser Verdacht ist um so berechtigter, wenn das positive Ergebnis bei verschiedenen Proben schnell eintritt und sehr ausgesprochen ist, und wenn noch länger als 5 bis 6 Stunden, vielleicht tagelang nach der Einfuhr der Amylazeen Zucker ausgeschieden wird. Von einigen Autoren wird schon die alimentäre Glykosurie e saccharo als Zeichen eines Diabetes aufgefaßt; nicht einmal das häufige Versagen der Probe mit Amylazeen könne diese Annahme widerlegen, da auch der ausgesprochene Diabetiker zu den verschiedenen Zeiten eine sehr verschiedene Toleranz gegen Kohlehydrate haben könne.

Gewiß sind die Begriffe alimentäre Glykosurie e saccharo, alimentäre Glykosurie ex amylo, spontane Glykosurie und Diabetes, die in der Reihenfolge ihrer zunehmenden Schwere angeordnet sind, grundsätzlich scharf voneinander zu trennen. Aber in praxi ist die Durchführung dieses Grundsatzes nicht immer möglich. Auch die sonst harmlose, nach reichlichem Zuckergenuß eintretende transitorische Glykosurie kann schon ein Zeichen des Diabetes sein. Noch mehr gilt das von der vorübergehenden Glykosurie ohne voraufgegangene übermäßige Einnahme von Kohlehydraten, auch dann, wenn bestimmte nervöse Einflüsse die Zuckerausscheidung bedingt haben. Schon *Frerichs* hatte die klinische Beobachtung gemacht, daß die nervöse Glykosurie mittelbar oder unmittelbar zum Diabetes führen kann. Wie fließend die Übergänge sind, ergibt sich daraus, daß man, den Vermittlungsweg einschlagend, von einem „ephemeren Diabetes" spricht.

Jedenfalls gelingt es mit unseren heutigen Methoden nicht immer, zu entscheiden, ob die Glykosurie beim Fehlen weiterer Symptome der Zuckerharnruhr doch als eine diabetische anzusprechen ist.

Wir gehen über zur Besprechung der Ergebnisse unserer Stoffwechseluntersuchungen.

Die Menge des täglich von unsern Kranken ausgeschiedenen Traubenzuckers ist selten groß. Meist beträgt sie nur einige Zehntel Gramm. Neuere Untersuchungen haben in dem Traubenzucker einen Bestandteil des normalen Harns kennen gelehrt. *Breul* hat gefunden, daß normaler Urin 0,05 bis 0,06%, bisweilen bis zu 0,178% Zucker


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enthält, und daß von gesunden Menschen 0,36 bis 1,95 g Zucker pro Tag ausgeschieden werden können. *Lohnstein* sieht den Zuckergehalt von 0,01 bis 0,03% noch als normal an, faßt aber jede Erhöhung von 0,07 bis 0,08% ab als pathologisch auf. Die neueste Arbeit über den Zuckergehalt des normalen Harns stammt aus dem *Pflüger*schen Laboratorium. *Schöndorff* hat dort nachgewiesen, daß von 334 Soldaten der Urin nur in 13 Fällen auf *Worm-Müller*, die empfindlichste Reduktionsprobe, nicht reagierte. In allen übrigen Fällen enthielt der Urin Zucker, der sich auch durch Gärung nachweisen ließ; 29 mal war der Zuckergehalt so hoch, daß man von Diabetes hätte sprechen mögen. Da diese Soldaten sehr viele Kohlehydrate, durchschnittlich 727 g, zu sich nahmen, spricht *Schöndorff* bei dem Mangel jeglicher Beschwerden der Untersuchten von einer physiologischen alimentären Glykosurie, wenn auch der Zuckergehalt des Urins infolge übermäßigen Genusses von Kohlehydraten bis auf 0,1% stieg. Im Gegensatz zu diesem Verhalten des Urins bei Soldaten konnte *Schöndorff* bei der Untersuchung der Urine von Studenten, die sehr viel weniger Kohlehydrate zu sich nahmen, nur selten Glykosurie nachweisen.

In dieser Arbeit teilt *Schöndorff* eine Methode mit, die gestattet, kleinste Zuckermengen im Harn quantitativ zu bestimmen. Wir haben uns deren wiederholt bedient, wenn die Gärungsprobe versagte; wir haben diese Ergebnisse aber in den Tabellen nicht verwertet. Wir benutzten die *Schöndorff*sche Methode, eine Modifikation des von *Patein* und *Dufau* angegebenen Klärungsverfahrens, auch dazu, um den Nachweis zu liefern, daß der im Urin enthaltene Zucker wirklich Traubenzucker ist. Wir lassen einige Versuchsprotokolle folgen:

I. Harn: vergoren 0,38 % Traubenzucker, *Worm-Müller* +.

200 ccm dieses Harnes werden mit salpetersäurehaltiger Merkurinitratlösung ausgefällt, das Filtrat bis zur schwach sauren Reaktion neutralisiert und mit Schwefelwasserstoff behandelt, bis das überschüssige Quecksilber niedergeschlagen ist. Aus dem Filtrat wird durch Einleiten von Luft sämtlicher H_2S beseitigt, die jetzt klare Flüssigkeit erst durch Zusatz von NaOH alkalisch gemacht, dann mit Essigsäure wieder angesäuert und möglichst weit eingeengt, darauf heiß in das achtfache Volumen 96 prozentigen Alkohols übertragen. Der von den ausfallenden Salzen getrennte Alkohol wird unter Essigsäurezusatz verjagt, der Rückstand mit heißem Wasser aufgenommen und neutralisiert.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir erhielten 60 ccm Flüssigkeit, die im 189,4 mm-Rohr eine Rechtsdrehung von 1,14 ° zeigte, was also einem Traubenzuckergehalt von 0,342 % in den verarbeiteten 200 ccm Harn entsprechen würde.

II. Harn: vergoren 0,12 % Traubenzucker, *Worm-Müller* +.

300 ccm nach *Patein* und *Dufau* auf 40 ccm eingeengt. Diese zeigen eine Rechtsdrehung 0,82 ° im Zuckerrohr. Wir finden also einen Dextrosegehalt von 0,11 % in dem verarbeiteten Harn.

Angesichts der mitgeteilten Angaben von *Breul* und *Schöndorff* ist die Frage berechtigt, ob die überwiegend geringe Zuckermenge, die von unsern Kranken ausgeschieden ist, noch innerhalb der physiologischen Grenzen liegt, also klinisch nicht beachtet zu werden braucht. Wir sind nicht dieser Ansicht. Andere nicht ängstliche Kranke erhielten dieselbe Kost, vielfach in erheblich größeren Mengen, und zeigten auch bei der täglichen Untersuchung des Urins mit denselben Methoden keine Glykosurie. Die Stärke der Glykosurie der von uns untersuchten Kranken zeigte große Schwankungen; deren Abhängigkeit vom psychischen Befinden ließ sich oft nachweisen. Auch bei beschränkter Kohlehydratzufuhr — wir verweisen auf die Kranke der Tabelle I, die 1 bis 2 g Zucker ausschied, wiewohl sie täglich nur 1000 ccm Milch und 2 Eier bekam — hält die Glykosurie an. Dieselbe Kranke, die während der psychischen Erkrankung Glykosurie zeigte, konnte nach Eintritt einer Remission große Mengen von Kohlehydraten vertragen, ohne darauf mit Glykosurie zu reagieren.

Danach halten wir uns für berechtigt, eine noch physiologische Glykosurie auszuschließen.

Hier mag gleich die entgegengesetzte Frage angeschlossen werden, nämlich die, ob die von uns untersuchten Kranken nicht zugleich Diabetiker waren.

Gewiß ist die Menge des ausgeschiedenen Traubenzuckers oft sehr gering. Diabetes wird dadurch nicht gerade wahrscheinlich gemacht, aber auch nicht sicher ausgeschlossen, da der Diabetiker, besonders im Beginn, oft nur wenig Zucker ausscheidet. Ebensowenig vermag der Hinweis darauf, daß dieselben Kranken zu anderen Zeiten unbedenklich große Mengen von Kohlehydraten zu sich nehmen können, den Verdacht des Diabetes zu widerlegen. Denn auch beim Diabetiker ist die Toleranz gegen Kohlehydrate eine sehr wechselnde; es ist bekannt, daß es nicht angängig ist, auf Grund des negativen Ausfalls



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer einzigen Probemahlzeit mit vielen Kohlehydraten Diabetes auszuschließen.

Dennoch möchten wir auf Grund folgender Erwägungen es als höchst unwahrscheinlich bezeichnen, daß unsere Kranken an Diabetes leiden.

Soweit wir die Vorgeschichte erfahren haben, ist keiner mit Diabetes erblich belastet. Ebenso fehlt eine Veranlagung zur Fettsucht oder Gicht. Abgesehen von der Glykosurie ließ sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Untersuchten keins der Symptome nachweisen, denen wir in dem vielgestaltigen Krankheitsbilde des Diabetes begegnen. Selbstverständlich wurde eine eingehende körperliche Untersuchung jedes Kranken vorgenommen und oft wiederholt; aber das Ergebnis war immer negativ. Nur bei einem Kranken fehlten die Patellarreflexe; dieser Kranke litt aber an Paralyse. Der Augenhintergrund aller Kranken bot normalen Befund. Trat eine erhebliche Abmagerung ein, so war diese meist durch die Nahrungsverweigerung sattsam erklärt.

Nahm der Kranke hinreichend Nahrung zu sich, so genügte die dennoch eintretende Abnahme des Körpergewichts allein noch nicht, um auch, zusammengehalten mit Glykosurie, Diabetes annehmen zu müssen. Denn die Menge des täglich ausgeschiedenen Zuckers war gering, zu gering, um diese Gewichtsabnahme erklären zu können. Dann aber wissen wir auch durch die zahlreichen Wägungen Geisteskranker, daß Gewichtsabnahme eine überaus häufige Folge akuter psychotischer Prozesse ist. Durch die vor kurzem aus der *Cramer*schen Klinik veröffentlichte Arbeit von *Pförringer* ist von neuem erwiesen, daß das Körpergewicht der an manisch-depressivem Irresein Leidenden zur Zeit der Depression außerordentlich sinkt.

Einige Kranke, die wir untersuchten, zeigten Polyurie. Aber diese ist, von einem Fall abgesehen, nicht so erheblich, daß damit die Notwendigkeit gegeben wäre, Diabetes anzunehmen. Auch die Ausscheidung des Urins hinsichtlich seiner Menge unterliegt nervösen Einflüssen.

Wir kennen somit auf der einen Seite eine nervöse Polyurie und auf der andern Seite eine nervöse Glykosurie. Treten nun beide Erscheinungen bei demselben Kranken gleichzeitig auf, so wird natürlich das Bild eines Diabetes noch mehr vorgetäuscht; aber es wäre falsch,


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieses Zusammentreffen zweier bei Diabetes überaus häufiger Symptome als beweisend für die Annahme einer Zuckerharnruhr anzunehmen. Wir denken daher in unsern Fällen vor allem deshalb an die Möglichkeit einer nervösen Polyurie, weil bei diesen irgend ein drittes für Diabetes sprechendes Symptom weder damals noch später nachweisbar war.

Bei vielen Kranken fiel andererseits, um das gleich hier anzuschließen, die geringe Tagesmenge des Urins auf, um so mehr, als die Flüssigkeitszufuhr oft eine durchaus normale war. Den naheliegenden Einwand, daß Unachtsamkeit des Personals daran schuld sein könnte, suchten wir dadurch zu beseitigen, daß wir für diese Versuche das Personal besonders sorgfältig auswählten und oft kontrollierten. Der Wechsel des Personals führte keine Änderung in der Größe der Urinmenge herbei. Der Urin zeigte, wenn seine Tagesmenge klein war, ein hohes spezifisches Gewicht, das mit der Zunahme der Harnmenge wieder abnahm. Übrigens begleitete diese Zunahme vielfach den Eintritt der Remission oder Heilung, ohne daß eine Steigerung der Flüssigkeitszufuhr hätte erfolgen müssen. Aus allen diesen Gründen glauben wir, daß tatsächlich die Urinmenge ausgesprochen depressiver Kranker vielfach nur geringe Werte zeigt. In der Tat hat schon *v. Krafft-Ebing* hervorgehoben unter Bezugnahme auf Untersuchungen von *Lombroso* und *Rabow*, daß von Melancholikern oft nur wenige Hundert Kubikzentimeter Urin täglich ausgeschieden werden. Am auffälligsten war das Mißverhältnis zwischen Einfuhr und Ausfuhr von Flüssigkeit bei der Kranken I, die übrigens sehr viel Flüssigkeit durch ihre Tränen, mehr noch aber durch ihre starke Salivation verlor. Es gelang uns nicht, die Menge des täglich ausgeschiedenen Speichels aufzusammeln und zu bestimmen. Wir haben Tränen und Speichel mit allen Kautelen aufgefangen und konnten nachweisen, daß sie nicht nur reduzierten, sondern auch mit Hefe vergoren.

Natürlich besteht die Möglichkeit, daß Diabetes in einwandfreier Form bei diesen Kranken noch zutage treten kann. Die Berechtigung, Diabetes auszuschließen, ist um so größer, je längere Zeit die Kranken beobachtet werden, ohne daß sie weitere Zeichen der Zuckerharnruhr bieten. Wiederholte Glykosurie würde noch nicht Diabetes beweisen, wenn sie ebenfalls wieder durch psychische Einflüsse bedingt ist. Aber der Allzukritische könnte einwenden, daß auch der Tod in hohem



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lebensalter, ohne daß inzwischen Zeichen von Diabetes hinzugetreten sind, doch noch nicht den Verdacht ausschließt, es handle sich bei unserer Glykosurie um das erste Zeichen des beginnenden Diabetes; denn wenn der Kranke noch länger gelebt hätte, hätten die bisher vermißten Symptome eines echten Diabetes, könnte jener Skeptiker sagen, noch auftreten können.

Wir meinen, solche Einwände nicht allzu ernst aufnehmen zu dürfen. Wir möchten demgegenüber vielmehr darauf hinweisen, daß es doch recht sonderbar wäre, wenn wir unter dem kleinen Bestande der hiesigen Klinik eine so unverhältnismäßig große Zahl beginnender Diabetiker hätten. Da müßte ja doch der Diabetes hier eine unverhältnismäßig häufige Krankheit sein! Noch auffallender wäre das weitere Ergebnis, daß alle diese Diabetiker die verschiedenartigsten Psychosen hätten, die, wie wir nachher noch zeigen werden, höchstens in einer einzigen Beziehung, dem Vorherrschen widriger Affekte, übereinstimmten. Gewiß finden sich bei Diabetikern häufig Psychosen melancholischen oder depressiven Charakters. *Legrand du Saulle* ging sogar so weit, in dem délire de ruine eine typische vésanie diabétique zu erblicken. Von verschiedenen Seiten, am nachdrücklichsten wohl von *Laudenheimer*, ist darauf hingewiesen worden, daß es sich hierbei nur um das zufällige Zusammentreffen von zwei Erkrankungen handelt, die beide vor allem das hohe Lebensalter bevorzugen. Gewiß finden sich bei Diabetikern oft Psychosen mit Unlustaffekten; unter den Psychosen der Verwandten von Diabetikern spielt Melancholie und Selbstmord infolge psychischer Störung eine große Rolle. Wir verweisen in dieser Hinsicht auf die interessante Mitteilung von *L. Auerbach*. Die Durchsicht der Literatur lehrt aber, daß die Psychosen bei Diabetikern nicht nur in allen Formen, sondern auch in allen Zustandsbildern vorkommen; der depressive Charakter überwiegt aber nicht, jedenfalls nicht so erheblich, daß es erklärlich wäre, wenn wir hier so viele Diabetiker mit Psychosen von ausschließlich depressivem Charakter hätten.

Gewiß ist gegenüber der Annahme einer spontanen, also nicht diabetischen, Glykosurie nach den Ausführungen S. 765—6 die größte Vorsicht geboten, vor allem auch deshalb, weil die von uns beobachtete Glykosurie, wenn sie auch nicht erheblich war, oft lange Zeit anhielt. Dennoch aber halten wir es auf Grund unserer Erwägungen für


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höchst unwahrscheinlich, daß diese spontane Glykosurie ein Vorläufer oder ein Zeichen eines Diabetes ist. Ein absolut sicherer Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung läßt sich allerdings zurzeit nicht erbringen.

Wie ist denn die Glykosurie zu deuten, wenn sie weder als eine noch normale Glykosurie aufzufassen noch auch als ein Symptom oder Vorbote eines Diabetes zu deuten ist? Spontane Glykosurie wurde nach bestimmten Vergiftungen beobachtet; diese Möglichkeit ist aber hier auszuschließen. Wenn auch nach Opium- oder Morphiumvergiftung (*Bloch*, *Jastrowitz*) Glykosurie beobachtet ist, kann die nur in einzelnen Fällen angewandte Opiumtherapie die Glykosurie nicht erklären. Diese medikamentöse Behandlung ist aber doch nicht einer Vergiftung gleichzusetzen! Von der Opiumtherapie wurde in nur wenigen Fällen Gebrauch gemacht; wo sie aber Anwendung fand, da bestand auch schon vor ihrer Einleitung Glykosurie. Alkoholismus lag nur in wenigen Fällen vor. Aber auch er vermag die Glykosurie nicht zu erklären. Denn diese bestand noch viele Wochen nach der Zuführung der Kranken, während nach den bisherigen Beobachtungen nur die akute Alkoholvergiftung von einer bald wieder verschwindenden Glykosurie begleitet wird. Akute Infektionskrankheiten, die zuweilen eine Glykosurie im Gefolge haben, sind ebenfalls auszuschließen. Lues kann nur für die Paralytiker in Betracht kommen; und schließlich ist auch mit Kopfverletzungen, die für das Auftreten von Traubenzucker im Urin verantwortlich gemacht werden können, nur bei ganz vereinzelten Fällen unseres Materials zu rechnen [1]).

Sehen wir das von uns untersuchte Krankenmaterial durch, so ergibt sich, daß alle Kranken, deren Urin, wenn auch nur vorübergehend, Zucker enthielt, in einer und nur in dieser einen Beziehung übereinstimmten, nämlich in dem Auftreten depressiver Störungen.

[1]) *Ehrenberg* betont in seiner vor kurzem aus der *Cramer*schen Klinik veröffentlichten Arbeit über die alimentäre Glykosurie bei Psychosen den entscheidenden Einfluß, den das höhere Lebensalter auf die schlechte Assimilation der Kohlehydrate ausübt. Wir brauchen mit dieser Möglichkeit nicht zu rechnen, da wir nur von der spontanen Glykosurie sprechen; zudem standen unsere Kranken in den verschiedensten Lebensaltern, ohne daß dieses einen Einfluß auf die Glykosurie ausgeübt hätte. (Vgl. die Ausführungen *Raimanns* S. 790.)

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mit Absicht gebrauchen wir den nichts vorwegnehmenden Ausdruck „depressive Störungen", weil wir Zucker fanden bei einfachen Hemmungen, bei der krankhaften Traurigkeit sowie vor allem bei Angstzuständen. Reine Hemmungen zu untersuchen, hatten wir nur selten Gelegenheit; aber wir fanden auch hierbei Zucker, wenngleieh seltener und in geringerer Menge. Häufiger und größer war der Zuckerbefund, wenn zu der Hemmung noch die niedergeschlagene und verzagte Stimmung hinzutrat. Am häufigsten und ausgesprochensten war die Glykosurie bei dem Angstaffekt. Für die Glykosurie war es gleichgültig, ob die depressive Störung primärer oder sekundärer Natur war, wenn man überhaupt einen solchen Unterschied machen kann oder will; und ebenso war es belanglos, zu welchem Krankheitsbilde die depressive Störung gehörte. *Glykosurie ließ sich nachweisen nicht nur*, wie wir erwartet hatten, *bei den Depressionen des manisch-depressiven Irreseins und bei der Melancholie*, wenn man diese beiden Krankheitsformen überhaupt noch trennen will, *sondern auch bei den depressiven Zustandsbildern im Verlaufe der Imbezillität, der Dementia praecox oder der Paralyse. Die Glykosurie ist also nur von symptomatologischer Bedeutung, aber nicht charakteristisch für eine bestimmte Krankheitsform.*

Wir haben über 2½ Tausend Urinuntersuchungen bei fast 150 Geisteskranken vorgenommen, die, wie überhaupt alle chemischen Untersuchungen, von dem einen von uns (Dr. K.) ausgeführt worden sind. Wir verzichten natürlich darauf, alle unsere Befunde mit den zugehörigen Krankengeschichten oder auch nur den Diagnosen wiederzugeben. Ein Blick auf die im Anhang wiedergegebenen Tabellen zeigt, daß tatsächlich bei depressiven Psychosen Glykosurie auftritt. Freilich lehrt ihre Durchsicht nicht, daß Glykosurie vorwiegend gerade bei depressiven Störungen vorkommt, zumal wir nur den zehnten Teil unserer Tabellen zum Abdruck bringen.

Wir haben daher berechnet, in welcher Verhältniszahl die Urinuntersuchungen bei den einzelnen Krankheitsformen einen Zuckergehalt ergaben. Diese prozentualische Berechnung ist freilich mit zwei Fehlern innig verbunden. Einmal ist die diagnostische Auffassung psychischer

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Störungen mit vielen Schwierigkeiten verknüpft; eine Einigkeit besteht hier nicht. Auch in derselben Schule schwankt die Stellungnahme entsprechend den Fortschritten unserer Wissenschaft oft fast bedenklich schnell und häufig. Sodann ist die Zahl der Vertreter der einzelnen Krankheitsformen und die Ziffer der bei ihnen vorgenommenen Urinuntersuchungen ungemein verschieden. Das Ergebnis der prozentualischen Berechnung ist aber um so höher zu bewerten, je größer die Zahl der untersuchten Individuen und der vorgenommenen einzelnen Urinuntersuchungen ist. So haben wir, als wir zuerst eine Tabelle zusammenstellten, nur einen Kranken mit Lues cerebri verwertet und dessen Urin nur einmal untersuchen können; er enthielt Zucker. Würden wir jetzt sagen, daß wir bei Lues cerebri in 100% Glykosurie gefunden hätten, so würde dadurch ein ganz falsches Bild entstehen.

Ebenso würden wir auch eine falsche Vorstellung in dem Leser erwecken, wenn wir ihm nur die Tatsache mitteilen, daß in 72% der Urine, die von Imbezillen stammten, Zucker gefunden wurde. Die Zahl der Imbezillen unserer Klinik ist gering, und die wenigen Fälle, die wir untersuchen konnten, waren nicht gewöhnlich insofern, als sie sehr ängstlich waren und an Sinnestäuschungen litten. Von besonderem Interesse war ein Schreinerlehrling, der angab, daß er nachts vielfach ängstliche Halluzinationen habe. Man schenkte seinen Angaben außerhalb der Klinik keinen Glauben und hielt ihn vielfach zum besten. Auch in der Klinik gab er an, daß er nachts nicht schlafen könne; er sehe auf einmal Tiere, vor allem Eichhörnchen, vor denen er sich erschrecke. In der Tat fanden wir regelmäßig nach den Nächten, in denen der Kranke diese Sinnestäuschungen gehabt zu haben angab, eine mäßige Glykosurie, die sonst nicht nachweisbar war.

Ebenso entspricht die von uns bei den Erschöpfungspsychosen ermittelte Zahl von 28% kaum den tatsächlichen Verhältnissen, da wir den einzigen Vertreter dieser Krankheitsform erst in einem vorgerückten oder schon abgelaufenen Stadium der Psychose untersuchen konnten. Würden wir den Kranken früher, zu Beginn der Störung, untersucht haben, so würde wahrscheinlich ein größerer Prozentsatz ermittelt worden sein.

Aber richtiger ist es natürlich, aus dem Ergebnis der Untersuchung eines einzigen Kranken überhaupt keine Schlüsse zu ziehen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit	Zahl der untersuchten Kranken	Zahl der untersuchten Urine	Absolute Zahl der zuckerhaltigen Urine	Prozentuale Zahl der zuckerhaltigen Urine
I. Manisch-depressives Irresein.				
1. Manie	6	93	18	19 %
2. Mischzustand	6	205	108	53 %
3. Melancholie	14	583	389	67 %
II. Dem. praecox.				
1. Hebephrenie	6	31	3	10 %
2. Katatonie	10	168	69	41 %
3. Dem. paranoides	4	57	16	28 %
III. Epilepsie	8	154	50	32 %
IV. Hysterie	10	163	62	38 %
V. Alkoholpsychosen (Del. tremens u. chron. Halluzinose)	5	170	72	42 %
VI. Senile Psychosen.				
1. Depressionen	8	177	108	61 %
2. Demenz	5	17	6	35 %
VII. Präseniler Beeinträchtigungswahn	3	16	4	25 %
VIII. Angeborener Schwachsinn	6	72	52	72 %
IX. Neurasthenie	4	52	19	36 %
X. Degen. (paranoide) Psychosen	5	74	8	10 %
XI. Progr. Paral. mit Lues cerebri	12	280	191	68 %
XII. Erschöpfungsdelir. bei perniziöser Anämie	1	15	4	27 %
XIII. Tabes.				
1. ohne Psychose	3	30	6	20 %
2. mit Paranoia hallucinatoria	1	158	63	40 %
XIV. 1. Organische Nervenkrankheiten mit Beteiligung der Medulla oblongata	3	64	55	86 %
2. Andere organische Nervenkrankheiten	5	59	2	3 %
XV. Chorea minor	2	4	2	50 %



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei den Depressionen, die wir zum manisch-depressiven Irresein rechnen können, war Glykosurie in 67% der Fälle nachweisbar und annähernd ebenso häufig bei den Depressionen des Klimakteriums (61%). Fast jeder einzelne Fall zeigte Glykosurie, freilich nicht dauernd; sonst hätte ja der Prozentsatz der positiven Befunde erheblich höher ausfallen müssen. Unverhältnismäßig häufig war Zuckerbefund bei der Paralyse. Aber wir müssen hervorheben, daß unsere Zahl die tatsächlichen Verhältnisse der Glykosurie bei Paralyse nicht wiedergibt. Denn bei den von uns untersuchten Paralytikern beherrschten Angstzustände das Krankheitsbild; wir hatten deshalb gerade bei ihnen eine Glykosurie vermutet und sie untersucht. Bei den stumpfen und blöden Paralytikern aber, denen jede Affektschwankung fernbleibt, fehlte die Glykosurie auch bei wiederholten Untersuchungen, und ebenso war sie ein seltener Befund bei den stumpfen Hebephrenikern; um so häufiger aber bei den durch Erregungszustände ausgezeichneten Katatonikern. Auf die Manien und die Mischformen werden wir unten (S. 784) mit einem Wort zurückkommen. Bei 3 Tabikern fanden wir nur 6 mal Zucker bei den 30 vorgenommenen Untersuchungen. Aber fast jeder zweite Harn einer Tabika war zuckerhaltig, die zugleich psychisch krank war; diese Psychose war ein paranoisches Krankheitsbild mit vielen schreckhaften Halluzinationen auf den verschiedenen Sinnesgebieten. Überhaupt sahen wir oft eine Glykosurie auftreten nach Angst erzeugenden Halluzinationen. Wir glauben darauf den häufigen Zuckerbefund in unseren Fällen von Dementia paranoides zurückführen zu dürfen. Kann die Glykosurie sowie vor allem auch der *Bial* (s. u.) für die Stärke des jeweiligen Affekts einen Anhalt geben, so muß bei den Kranken, die zur Dementia paranoides gerechnet werden, doch eine lebhaftere gemütliche Reaktion vermutet werden als gewöhnlich angenommen wird. Wenigstens gilt das für einen Teil der hierher gehörenden Kranken; und ob diese Kranken aus klinischen Gründen nicht besser aus dem großen „Sammeltopf" der Dementia praecox herausgenommen werden, wie es noch unlängst *Kölpin* vorgeschlagen hat, mag in dieser vorwiegend chemischen Zwecken dienenden Arbeit unerörtert bleiben.

Daß am häufigsten Zucker gefunden wurde bei den organischen Nervenkrankheiten, bei denen eine anatomische


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Läsion auch der Medulla oblongata angenommen werden mußte, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Bei Epilepsie fanden wir nur in 32% der vorgenommenen Urinuntersuchungen Zucker. Dieser Befund ist auffallend niedrig im Vergleich zu der Häufigkeit von Verstimmungen und ängstlichen Erregungen, denen der Epileptiker ausgesetzt ist. Ein abschließendes Urteil möchten wir uns nicht gestatten, da die Zahl der untersuchten Epileptiker nicht groß genug ist. Wir werden das Versäumte noch nachholen und dabei vor allem die etwaige Glykosurie nach epileptischen Anfällen berücksichtigen. Nach unsern wenigen bisherigen Beobachtungen ist Glykosurie keine regelmäßige Folgeerscheinung epileptischer Anfälle. Immerhin dürfen wir hervorheben, daß auch *Kauffmann* nur selten Glykosurie bei Epilepsie gefunden hat: „Glykosurie habe ich so gut wie nicht beobachtet, überhaupt scheinen die Epileptiker dazu wenig zu neigen; abgesehen selbstverständlich von Glykosurie nach epileptischen Anfällen, wo man an zerebrale Ursachen denken kann."

Die abgedruckte Tabelle gibt keinen absoluten Maßstab für die Häufigkeit der Glykosurie bei den einzelnen Psychosen, wie wir nochmals ausdrücklich hervorheben müssen. Wir haben naturgemäß die depressiven Formen bei unsern Untersuchungen bevorzugt; deshalb ruft die Tabelle den Eindruck einer sehr viel größeren Häufigkeit der spontanen Glykosurie bei Geisteskrankheiten hervor, als es in Wirklichkeit der Fall ist[1]).

Nur selten waren wir freilich in der Lage nachzuweisen, daß der Urin vor Eintritt einer Depression zuckerfrei war. Die Depression war ja eben vielfach der Grund der Überführung der Kranken in die Klinik, und erst von diesem Zeitpunkte ab war eine systematische Urinuntersuchung möglich. Aber oft sahen wir, daß der bisher zuckerfreie Urin zuckerhaltig wurde, wenn die depressive Phase erst in der Klinik eintrat.

Weiterhin wäre, wenn tatsächlich bestimmte Beziehungen zwischen depressiven Störungen und Glykosurie bestehen,

[1]) Inzwischen habe ich öfters in der Sprechstundenpraxis bei ängstlichen Neurasthenikern Glykosurie gefunden, die ohne diätetische Behandlung sehr bald verschwand.

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Nachweis zu verlangen, daß diese beiden Erscheinungen hinsichtlich ihrer Schwere einander entsprechen.

Dieser Nachweis ist oft zu erbringen. Fast immer entsprach die größte Zuckerausscheidung dem Höhepunkt der Erkrankung. In einem Fall fiel die stärkste Glykosurie in den Beginn des Krankenhausaufenthalts, als die delirante, ängstliche Phase am deutlichsten ausgesprochen war. Eine andere Kranke schied ihre größte Zuckermenge aus, als sie schmierte; eine dritte Kranke, als sie ausgesprochene Selbstmordneigung hatte. Der Nahrungsverweigerung folgte oft eine starke Glykosurie, die natürlich wegen der geringen Zufuhr von Kohlehydraten um so höher zu bewerten ist. Mit auffallender Häufigkeit beobachteten wir ein Auftreten oder Zunehmen der Glykosurie nach einer schlaflosen Nacht, besonders dann, wenn der Kranke viel geweint oder gestöhnt hatte.

Bei der Zusammenstellung der Tabellen fühlten wir immer aufs neue die Schwierigkeit einer zutreffenden Beurteilung der gegenseitigen Beziehungen. Einmal ist der Grad der depressiven Störungen schwer festzustellen, und dann bedarf bei der Bewertung der Höhe der Glykosurie auch die Nahrung einer Beachtung.

Über den ersten Punkt haben wir uns schon oben (S. 765) ausgelassen. Es fehlt ein objektiver Maßstab, der gestattet, die Höhe der Verstimmung und ihre Einwirkung auf andere seelische Tätigkeiten zuverlässig und vergleichbar anzugeben. Von einer graphischen Darstellung des psychischen Verhaltens durch eine Kurve haben wir deshalb erst recht Abstand genommen.

Bei der Nahrung ist zu unterscheiden die Flüssigkeitsmenge und der Gehalt an Kohlehydraten.

Trotz zahlreicher experimenteller Untersuchungen ist die Frage noch nicht hinreichend geklärt, ob die Vermehrung der Diurese eine Zuckerausscheidung auslöst oder eine schon bestehende vermehrt. *Pflüger* kommt in seiner Monographie über Glykogen nach kritischer Besprechung der einschlägigen Arbeiten zu dem Ergebnis, daß die Stärke der Diurese auf die Ausscheidung des Zuckers sowohl im Phloridzindiabetes wie im Pankreasdiabetes innerhalb sehr weiter Grenzen keinen Einfluß ausübt. Was den Menschen angeht, so betont *Naunyn*, daß ein Zuckergehalt des Urins infolge Steigerung der Diurese sehr selten auftritt. Immerhin ist bei der Prüfung der Frage nach den Beziehungen der ein- und ausgeführten Flüssigkeitsmenge zum Auftreten von Zucker äußerste Vorsicht


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geboten; vielleicht ist es sogar richtiger, die Flüssigkeitsverhältnisse vorläufig überhaupt nicht in Rechnung zu stellen, solange die in Betracht kommenden Verhältnisse nicht hinreichend geklärt sind. Wir haben uns um so eher zu dieser Vernachlässigung verstanden, als wir nur sehr selten Veranlassung hatten, eine große Zuckermenge, deren Ausscheidung weder durch Angst noch durch kohlehydratreiche Nahrung zu erklären war, auf eine starke Durchspülung des Organismus zurückzuführen; wir fanden vielmehr, daß mit der Besserung des psychischen Befindens die Harnmenge anstieg, der Zucker aber verschwand.

Natürlich wird auch der Geisteskranke den Zucker seines Urins in erster Linie aus den Kohlehydraten der Nahrung bilden. Daher kann die Zunahme der Glykosurie bei Steigerung der Kohlehydratzufuhr in der Nahrung nicht auffallen; tritt hierzu noch ein starker Angstaffekt, so sind die Vorbedingungen für eine Glykosurie noch günstiger. Anderseits nahm der Zuckergehalt des Urins ab mit der Verarmung der Nahrung an Kohlehydraten. Somit kann man eine alimentäre Glykosurie annehmen, die psychischen Ursprungs ist. Indes schieden einzelne Kranke, die eine kohlehydratarme Nahrung erhielten, dennoch Zucker aus. Zwei Kranke wurden gefüttert und erhielten täglich 6 Eier und 1 bis 1½ l Milch; die Glykosurie verschwand nicht. Der Zucker des Urins konnte in diesen Fällen immerhin noch aus der verhältnismäßig geringen Menge der mit der Nahrung zugeführten Kohlehydrate stammen, sowie aus dem Reservevorrat des Organismus an Glykogen. Wir brauchen für unsere Fälle nicht die Annahme zu machen, daß der im Urin ausgeschiedene Zucker aus andern Quellen stammt als den Kohlehydraten der Nahrung. Immerhin muß man annehmen, daß, wenn in unsern Fällen an eine alimentäre Glykosurie im weitesten Sinne gedacht wird, diese doch eine ungewöhnliche ist. Nicht nur hinsichtlich der ihr zugrunde liegenden Ursache, sondern mehr noch wegen der überaus hohen Empfindlichkeit des Organismus gegen Kohlehydrate. Es bedarf nicht nur nicht der Einfuhr von großen Mengen Kohlehydraten oder Zucker, sondern auch eine kohlehydratarme Nahrung vermag die Glykosurie zu unterhalten, und eben deshalb ist es besser, wir sprechen bei unsern Kranken, wie wir es bisher immer getan haben, von einer spontanen Glykosurie, Glykosurie schlechtweg, wenn wir auch eine alimentäre Komponente der Glykosurie unbedenklich zugeben müssen.

Der Gedanke liegt nahe, den Begriff der Toleranz in die Rechnung einzuschalten. Die Größe der Toleranz, d. h. der Fähigkeit des Organismus, Kohlehydrate völlig zu verbrauchen, findet ihren mathematischen Ausdruck in einem Bruch, dessen Zähler die Menge des im Urin ausgeschiedenen Zuckers, dessen Nenner die in der Nahrung eingeführte Kohlehydratmenge angibt. Diese Zahl ist bei den einzelnen Individuen recht verschieden. Auch bei Geisteskranken ist sie je nach der Natur der Psychose, nach *Raimanns* (S. 796) Angaben, verschieden groß. Aber auch wenn wir die Toleranz der einzelnen Versuchspersonen bestimmen würden,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so könnten wir sie bei unserer Berechnung doch nicht als eine feste Zahl verwerten, da die Toleranz eines und desselben Individuums zu den verschiedenen Zeiten erheblichen Schwankungen unterliegt. Der Diabetiker hat nicht immer dieselbe Toleranz. Wir müssen aber das Gleiche auch für unsere Kranken vermuten, nachdem wir ermittelten, daß derselbe Kranke auf die wiederholte Einnahme von 100 g Traubenzucker recht verschieden reagierte, ohne daß die Zufuhr der sonstigen Nahrung oder sein psychisches Verhalten diese Erscheinung erklären konnte. Eine Kranke schied nach 100 g Traubenzucker die für sie ungewöhnliche Menge von 3 g Zucker aus, um einige Zeit später dieselbe Menge Traubenzucker ganz gut zu vertragen.

Aus diesen Erwägungen ergibt sich, daß das psychische Verhalten eine rechnerisch nicht wiederzugebende und die Toleranz gegen Kohlehydrate eine zeitlich sehr schwankende Größe ist. Wir haben also zwei Unbekannte bei der Erledigung der Frage nach den graduellen Beziehungen zwischen psychischem Verhalten und Zuckerausscheidung in Rechnung zu stellen; ein restloses Aufgehen dieser diophantischen Gleichung kann somit nicht erwartet werden.

Um die Erörterung nicht noch verwickelter zu gestalten, haben wir bisher angenommen, daß gerade an dem Tage die Glykosurie besonders stark war, an dem der Kranke ängstlich war oder mehr Kohlehydrate nahm oder beides zusammentraf. Wir fanden aber nicht einmal, sondern ziemlich oft, daß die Glykosurie einen Tag oder einige Tage nach der ängstlichen Erregung auftrat oder zunahm, ohne daß irgendwelche andere Schädlichkeiten für diese Glykosurie hätten verantwortlich gemacht werden können. Wir konnten uns nicht dem Eindruck entziehen, daß die Glykosurie der ängstlichen Erregung folgte. Die Richtigkeit unserer Annahme würde wiederum die (S. 762) betonte Notwendigkeit einer anhaltenden und wiederholten Urinuntersuchung beweisen, will man einen Zusammenhang zwischen depressiver Störung und Glykosurie feststellen. Wir glauben, Ähnliches bei der Steigerung der Kohlehydratzufuhr oder der Eingabe von Zucker beobachtet zu haben. Die hiernach zu erwartende Steigerung der Glykosurie trat nämlich oft nicht sofort, sondern einen oder zwei Tage später ein. Jedenfalls erscheint es ratsam, bei weiteren Untersuchungen der alimentären Glykosurie hierauf zu achten; man darf sich nicht damit begnügen, nur den Urin des Versuchstages zu prüfen, sondern muß die Untersuchung noch einige Tage fortsetzen. Unsere Untersuchungen sind an Geisteskranken ausgeführt; somit ist die Möglichkeit nicht zu leugnen, daß von uns nicht erkannte oder übersehene psychische Störungen eine postponierende alimentäre Glykosurie vortäuschten. Unser Rat, den Urin bei Prüfung der alimentären Glykosurie fortlaufend einige Tage zu untersuchen, bezieht sich, wie wir noch ausdrücklich hervorheben wollen, nur auf psychisch Kranke. Bei dieser Gelegenheit sei noch hervorgehoben, daß wir Glykosurie kaum einer ängstlichen Erregung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

voraufgehen sahen, als deren Vorläufer dann eben die Glykosurie anzusprechen gewesen wäre; es wäre dann auch immer der Einwand berechtigt, daß die depressive Erregung in ihren ersten Phasen von uns noch nicht erkannt worden wäre.

Bisher ist immer nur vorausgesetzt, daß zwei Faktoren die Zuckerausscheidung beeinflussen, nämlich der psychische Faktor der depressiven Erregung und dann der chemische Faktor der Kohlehydratzufuhr. Tatsächlich ist aber die Zuckerausscheidung ein sehr viel komplizierterer Prozeß. Daß auch die sonstige Zusammensetzung der Nahrung, das motorische Verhalten des Kranken, vielleicht die Außentemperatur, um nur einige Gesichtspunkte zu erwähnen, von Einfluß auf die Zuckerausscheidung sind, ist uns bekannt. Aber aus praktischen Rücksichten haben wir diese Verhältnisse, deren Einfluß noch nicht hinreichend geklärt ist, außer acht gelassen.

Diese Erwägungen lassen es erklärlich erscheinen, warum wenigstens an der Hand unserer bisherigen Kenntnisse ein genauer und ständiger Parallelismus zwischen Schwere der psychischen Störung und Stärke der Zuckerausscheidung einstweilen nicht immer nachgewiesen werden kann. Dieser Nachweis wird daher auch nicht von uns erwartet werden. Mit der Ablehnung dieser Forderung leugnen wir natürlich nicht den von uns behaupteten Zusammenhang zwischen depressiver Störung und Glykosurie; wir beabsichtigen vielmehr nur, einen naheliegenden, der Natur der Sache nach aber nicht zu widerlegenden Einwand zurückzuweisen, der gegen die Richtigkeit unserer Folgerung erhoben werden kann. Die zu berücksichtigenden Verhältnisse sind eben ungemein schwer zu durchschauen, und ihre gegenseitigen Beziehungen sind so schwer zu entwirren, daß eine allzu weitgehende Übereinstimmung zwischen psychischem und chemischem Verhalten geradezu verdächtig erscheinen müßte.

Auf diesem Wege läßt sich also ein zwingender Beweis für den Zusammenhang der Glykosurie mit der bestimmt gearteten psychischen Veränderung nicht erbringen.

Was aber weiter für das tatsächliche Bestehen dieses Zusammenhanges spricht, ist das V e r s c h w i n d e n der G l y k o s u r i e bei e n d g ü l t i g e r H e i l u n g des Kranken. Kann Diabetes ausgeschlossen werden, so muß man daraus folgern, daß Glykosurie und psychisches Verhalten in irgendeiner Beziehung zueinander stehen. Der Zucker nahm schon dann erheblich ab, wenn eine weitgehende


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Remission eintrat. Der lehrreichste Fall ist Nr. I. Während eines ganzen Monats fehlte die Glykosurie, und während dieses Zeitraumes, aber auch nur während dieses Intervalls, war die Kranke frei von psychischen Beschwerden: sie war ruhig, geordnet, nahm an der Unterhaltung regen Anteil, beschäftigte sich etwas und zeigte auch eine gewisse Krankheitseinsicht. Auch wenn die Kohlehydratzufuhr gesteigert wurde, erschien kein Zucker im Urin.

Trat in einer Remission an vereinzelten Tagen wieder einmal Zucker auf, so ließ sich oft nachweisen, daß dieser Glykosurie ein bestimmter Anlaß zugrunde lag. Die Kranke hatte einen Brief geschrieben, der ihr ausgeprägtes Heimweh deutlich bekundete und dieses auch wohl verstärkt hatte. Die innigen Beziehungen zwischen Heimweh und Angst werden ja von vielen Autoren betont. Eine andere Kranke war sehr ungehalten, weil sie nicht, wie sie erwartet hatte, vom Gatten abgeholt wurde. In einem Falle schien die klinische Vorstellung, die den empfindsamen Kranken aufgeregt hatte, eine Glykosurie ausgelöst zu haben.

Einer eigentümlichen Erscheinung sei hier noch gedacht. Hatte der Kranke einige Zeit hindurch gar keinen oder nur wenig Zucker ausgeschieden, so trat des öftern für einen oder einige wenige aufeinanderfolgende Tage eine ungewöhnlich hohe Zuckermenge im Urin auf; der Kranke hatte aber nicht mehr Kohlehydrate zu sich genommen, und eine psychische Erregung war nicht immer nachweisbar, jedenfalls nicht von einer solchen Stärke, die die hohe Zuckerausscheidung hätte erklären können. Dieses periodische Anschwellen der Zuckerausscheidung haben wir doch zu oft gesehen, als daß es eine rein zufällige Erscheinung sein könnte. Kommen für sie andere Ursachen nicht in Betracht, so liegt es am nächsten, anzunehmen, daß der Zucker im Organismus nicht hinreichend schnell verbraucht wird und die Menge des so angesammelten Zuckers eine bestimmte Größe erreichen muß, ehe sie von ihm ausgeschieden wird; diese Ausscheidung erfolgt dann eben plötzlich. Es könnte sich also um eine Retention des Zuckers und eine diese beendigende, explosionsartige Ausscheidung handeln. Worauf diese Erscheinung zurückzuführen ist, entzieht sich vorläufig noch unserer Kenntnis.

Im Anschluß hieran sei noch eine andere Beobachtung erwähnt. War der Kranke auf Zuckerdiät gesetzt und erhielt dann eine


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zulage von Kohlehydraten, so wurde diese Vermehrung der Kohlehydratzufuhr beantwortet mit dem Auftreten einer größeren Menge Zucker im Urin; aber diese Zuckerausscheidung nahm sofort wieder ab, wenn auch die zuletzt gereichte Kohlehydratmenge noch weiter gegeben wurde. Dieses Spiel wiederholte sich dann, wenn die Kohlehydratzufuhr von neuem gesteigert wurde. Also war wohl der Organismus durch die kohlehydratarme Nahrung empfindlicher geworden gegen die Einfuhr von Kohlehydraten; aber diese erhöhte Empfindlichkeit glich sich doch bald wieder aus, der Organismus hatte sich den neuen Verhältnissen bald wieder angepaßt. Von einer Schonung des Organismus durch Zuckerdiät kann man also in solchen Fällen nicht reden. Der Kranke schied vielfach unmittelbar, nachdem die Kohlehydratzufuhr vermehrt war, die einmalige große Zuckermenge aus; in einigen Fällen trat diese aber erst später auf, so daß wir auch hier an die eben (S. 780) erwähnte Retention denken möchten.

Wir haben somit gesehen, daß Glykosurie in der Klinik vorzugsweise bei depressiven und ängstlichen Zuständen vorkommt. Trat die Depression unter unseren Augen auf, so stellte sich die Glykosurie gleichzeitig mit ihr ein. Die Stärke der Glykosurie entsprach durchschnittlich der Schwere der psychischen Erscheinungen. Weitgehende Besserung ging im allgemeinen mit Abnahme des Zuckers einher. Bei Heilung der Depression schwand der Zucker immer. Nur sehr selten wurde bei Angstzuständen Glykosurie vermißt. Alle diese Beobachtungen berechtigen trotz der oben ausführlich dargestellten Mängel der Beweisführung zu dem Schluß, daß Glykosurie und widrige Verstimmungen in einer nahen Beziehung zueinander stehen.

Hierfür spricht auch unsere Beobachtung, daß wir bei gemütlich teilnahmlosen Kranken sehr selten Glykosurie sahen. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß wir uns zur Feststellung dieser Tatsache nicht mit einer einmaligen Urinuntersuchung begnügten. Wir haben vielmehr den Urin zahlreicher stumpfer Kranker wochenlang hindurch Tag für Tag untersucht und Zucker höchst selten, bei der Mehrzahl der untersuchten Patienten niemals, gefunden. Die Hebephrenie und die Paralyse stellte das Hauptkontingent; freilich stand uns nur eine kleine Zahl von ganz teilnahmlosen Kranken zur Verfügung. Anderseits schied aber auch der Paralytiker Zucker aus,


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sobald er ängstlich erregt war. So wurde uns ein Paralytiker zugeführt, der die schreckhaftesten Sinnestäuschungen und abenteuerlichsten hypochondrischen Beeinträchtigungsideen hatte. Tag für Tag bestand Glykosurie, die mit dem Eintritt der Remission dauernd verschwand. Ein anderer Paralytiker schied nur während seiner anfallweise auftretenden ängstlichen Erregungszustände Zucker aus. Wir haben keinen zwingenden Grund, anzunehmen, daß in den von uns beobachteten Fällen von Glykosurie bei Paralyse die Zuckerausscheidung auf eine organische Veränderung am Boden des vierten Ventrikels zurückgeführt werden müßte. Wir bestreiten natürlich nicht diese Möglichkeit angesichts der Tatsache, daß das ganze Zentralnervensystem bei der Paralyse ergriffen ist; wir halten es aber ebensogut auch für möglich, daß diese Zuckerausscheidung bei der Paralyse auf dieselben, uns vorläufig noch unbekannten Vorgänge zurück zuführen ist, die auch bei den andern Geisteskrankheiten Glykosurie verursachen.

Ist die Glykosurie wirklich ein Maßstab für die in dem Kranken sich abspielenden depressiven Erregungen, so kann man aus der Glykosurie mit Vorsicht einen Rückschluß ziehen auf seelische Vorgänge des Kranken, die uns sonst entgehen könnten. Bei stuporösen Kranken, die an Katatonie leiden, haben wir des öfteren Glykosurie beobachtet. Wir sind geneigt, anzunehmen, daß in diesen Kranken mehr vorgeht, als man ihnen ansieht, daß also die Affektarmut keine ständige Erscheinung der noch so stuporösen Katatoniker ist.

Natürlich müßte die Richtigkeit unserer Ansicht über die engen Beziehungen zwischen Glykosurie und Depression sich auch durch das Fehlen der Glykosurie bei den heiteren Verstimmungen nachweisen lassen. Diesen Nachweis vermögen wir nur bedingt zu führen. Das Material der Klinik an Manie ist nicht groß; im Semester können oft nur ein bis zwei Manische vorgestellt werden. Die wenigen Kranken mit reiner heiterer Manie, die wir untersuchen konnten, zeigten keine Glykosurie. Wurde der Manische aber zornig erregt, schimpfte und nörgelte er, so war eine deutliche Glykosurie nachweisbar. Dieser Befund kann aber unsere Ansicht nicht widerlegen, da der zornigen Manie doch ein Unlustaffekt zugrunde liegt. Überhaupt sind die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, bei denen die heitere Stimmung fehlt, nach unserer Untersuchung fast immer mit Glykosurie verbunden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir untersuchten eine Hysterische, die an kurzdauernden Erregungszuständen teils heiteren, teils zornig aggressiven Charakters litt; nur bei den letzteren fand sich eine nennenswerte Glykosurie. Glykosurie fehlt meist bei der Hebephrenie, während die zu derselben Krankheitsgruppe gerechnete Katatonie vielfach mit Glykosurie einherging; dort das stumpfe, gleichgültige Gebaren, hier die plötzlichen, oft sinnlosen Affektausbrüche.

Schon oben (S. 769) haben wir auseinandergesetzt, daß und warum es sich in den beschriebenen Fällen unserer Ansicht nach nicht um Diabetes handelt. Damit wären wir eigentlich schon der Aufgabe enthoben, zu erörtern, ob es sich bei den von uns untersuchten Geisteskranken nicht um Psychosen bei Diabetes oder gar um spezifisch d i a b e t i s c h e P s y c h o s e n handelt. Wir verneinen natürlich diese Frage.

Man kann der Entscheidung der Frage nach spezifisch diabetischen Psychosen nicht skeptisch genug gegenüberstehen. Eine derartige Psychose kann, wenn überhaupt, nur dann angenommen werden, wenn der echte Diabetes schon vor der Psychose besteht, wenn für deren Entstehung eine andere wesentliche Ursache nicht nachweisbar ist, wenn der Verlauf des Diabetes dem der Psychose parallel geht und durch eine ausschließlich diätetische Behandlung nicht nur der Diabetes, sondern auch die Psychose geheilt wird. Diesen Anforderungen werden nicht alle als diabetische Psychosen beschriebenen Fälle gerecht. Aber selbst wenn diese Forderungen erfüllt sind, so muß doch noch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß die diätetische Heilung des Diabetes mit dem Eintritt des spontanen Abklingens der Psychose zufällig zusammentrifft. Deren Abhängigkeit vom Diabetes wird damit natürlich in Zweifel gezogen. Wird der Diabetiker nicht nur diätetisch behandelt, sondern auch noch medikamentös, etwa mit einer systematischen Opiumtherapie, so ist ein Einblick in die ursächlichen Beziehungen zwischen Diabetes und Geistesstörung noch mehr erschwert. Die Dauer einer Melancholie läßt sich im voraus nicht bestimmen, und ihre gute Beeinflussung durch Opium ist eine Erfahrung vieler Kliniker. Man kann somit nicht vorsichtig genug sein in d[illegible] Annahme diabetischer Psychosen. Natürlich würden auch wir ein[illegible] Kranken, der viel Traubenzucker mit dem Urin verliert, auch wen[illegible] echter Diabetes nicht nachweisbar ist, diät[illegible]deln. Es wär[illegible]


Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewiß erfreulicher, wenn physiologisch-chemische Untersuchungen der Geisteskranken so dankenswerte therapeutische Ergebnisse herbeiführen könnten, daß durch die rein diätetische Behandlung der Stoffwechselerkrankung die durch sie bedingte Geisteskrankheit geheilt würde.

Wer schon dem Diabetes als Ursache einer spezifischen Geistesstörung so skeptisch gegenübersteht, wird noch weniger geneigt sein, die alleinige Glykosurie als Ursache geistiger Störungen anzuerkennen. Unseres Erachtens ist die Glykosurie nicht eine Ursache, sondern Folge der psychischen Erkrankung. Freilich fehlt oft der Nachweis, daß der Kranke vor Ausbruch seiner Psychose Traubenzucker im Urin nicht ausgeschieden hat. Billigerweise wird dieser Nachweis von uns nicht verlangt werden können, da die betreffenden Personen ja gerade wegen ihrer Psychose und erst mit deren Eintritt zu uns gebracht wurden. *Kausch* hat gewiß recht, wenn er für die Annahme des traumatischen Diabetes den Nachweis verlangt, daß vor der Verletzung nicht nur kein Diabetes, sondern auch keine Diabetes-Anlage, also alimentäre Glykosurie ex amylo, bestand. *Naunyn* betont mit guten Gründen, daß die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Diabetes praktisch nicht von der Erfüllung jener strengen Forderung abhängig gemacht werden sollte. Ähnliche Gesichtspunkte sollten auch hier maßgebend sein. Die gleiche Verletzung verursacht in dem einen Fall Diabetes, in dem andern nicht. Wir verdecken unser Nichtwissen des wahren Zusammenhangs dieser Beziehungen mit dem Einschieben des Begriffs der Disposition oder Veranlagung. Wenn nicht jeder ängstliche Kranke Glykosurie zeigt, so mag das auch daran liegen, daß etwas fehlt, was wir wiederum Disposition nennen können. Damit wird aber die Bedeutung der ängstlichen Erregung für die Glykosurie noch nicht ausgeschaltet. Wir können bei dieser Gelegenheit auch hervorheben, daß im Vergleich zur Seltenheit des traumatischen Diabetes Glykosurie bei depressiven Psychosen unverhältnismäßig viel häufiger gefunden wird, so daß schon aus diesen mathematischen Gründen nicht dieselbe Skepsis unserer Frage gegenüber wie der des Diabetes nach Trauma geboten ist.

Wenn also auch das Fehlen von Glykosurie vor Ausbruch der Psychose nicht in jedem einzelnen Falle bewiesen werden kann, sind


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir doch der Ansicht, daß sie eine Folge der Psychose ist. In vielen Fällen entspricht die Stärke der Glykosurie dem Grade geistiger Störung. Zuweilen geht die Glykosurie einer ängstlichen Erregung voraus, soweit wir wenigstens mit unsern Sinnen den Verlauf der Psychose verfolgen können. Aber es fehlt auch nicht an Fällen, wo die Glykosurie erst später einsetzte oder gar ausblieb, ohne daß wir den Grund dieser Erscheinungen ermitteln konnten. Immer aber verschwand die Glykosurie mit dem Abklingen der Psychose; und setzte ein neuer Anfall psychischer Erkrankung ein, so ließ die Glykosurie nicht auf sich warten. Von vornherein wäre es ja auch nicht zu verstehen, wie eine Glykosurie, die zudem oft noch recht unbedeutend ist und zu ihrem Nachweise so empfindliche Methoden voraussetzt, ausgesprochenste Geistesstörungen verursachen könnte. Viel näher liegt es doch, anzunehmen, daß die depressiv-ängstliche Verstimmung, die alle Kranken zur Zeit der Glykosurie boten, diese verursacht hat. Über das Wie? fehlen uns bisher noch die näheren Kenntnisse; bei der Besprechung der einschlägigen Beobachtungen anderer werden wir auf diesen Punkt (S. 795 ff.) noch zurückkommen.

Wir gestehen offen, daß die Häufigkeit des Zuckerbefundes im Harn der von uns untersuchten Geisteskranken uns selbst überrascht hat. Wir haben schon oben (S. 777) betont, daß wir mit Absicht gerade ängstliche und deprimierte Kranke untersucht haben, und können bei dieser Gelegenheit noch hervorheben, daß das Greifswalder Material an Depressionen sehr viel reicher ist als das rheinische. Die Richtigkeit des häufigen Zuckerbefundes konnte durch alle Nachuntersuchungen nur bestätigt werden. Wir haben mit Absicht täglich untersucht. Wir hatten schon im Beginn unserer Untersuchung gefunden, daß der Zucker oft auf einmal aus uns vorläufig noch nicht ersichtlichen Gründen verschwinden kann. Wäre der Harn gerade an solchen Tagen untersucht worden, so würde die Arbeit natürlich ein ganz anderes Ergebnis gezeitigt haben. Die Methode des Zuckernachweises muß sehr empfindlich, aber auch eindeutig sein. Man muß, möchten wir geradezu sagen, die Glykosurie bei verstimmten Kranken suchen; dann wird man sie auch oft genug finden.

Gelegentliche Rücksprache mit Fachkollegen belehrte uns, daß auch diese häufig Traubenzucker bei ängstlich verstimmten Kranken gefunden hatten, der ohne diätetische Behandlung wieder verschwand.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Literatur haben wir, nicht ohne Absicht, erst kurz vor Niederschrift unserer Arbeit durchgesehen. Nur die wichtigsten Arbeiten sollen, soweit sie zu der hier besprochenen Frage Material beibringen, in chronologischer Anordnung besprochen werden. Die zahlreichen, vielfach recht kritiklosen Arbeiten über Diabetes und Psychose brauchen hier aus den schon wiederholt angegebenen Gründen gar nicht berücksichtigt zu werden.

Madigan (1883) sah in einem Falle von zirkulärem Irresein Glykosurie nur in der melancholischen Phase und im lichten Intervall. Ein anderer Kranker mit periodischer Manie schied auf der Höhe der Erregung keinen Zucker aus, sondern erst mit Eintritt der Rekonvaleszenz — ob es sich hierbei um eine depressive Phase gehandelt hat, läßt sich aus dem uns allein zugänglichen Referat der genannten Arbeit nicht ersehen. Im nächsten Jahre wiederholte sich der Anfall mit ähnlichen Nebenerscheinungen. Dieser Fall ist aber nichts weniger als eindeutig, da der Kranke an Phthise und Diabetes zugrunde ging.

Riggs (1890) betont in einer uns im Original ebenfalls nicht zugänglichen Arbeit die nahen Beziehungen zwischen Melancholie, Glykosurie und Albuminurie.

Bond (1895) fand vermittelst der Gärungsprobe bei 175 Geisteskranken 12mal Zucker, und zwar bei 30 Paranoikern 3mal, bei 6 Fällen organischer Demenz 2mal, bei 10 Fällen seniler Demenz 1mal und bei 55 Melancholien 6mal. Bei diesen 12 Fällen waren andere Zeichen von Diabetes nicht nachweisbar. Bei 2 Fällen von Melancholie nahm der Zuckergehalt ab mit der Besserung des psychischen Befindens.

Dörner (1895) berichtet in seiner Dissertation über das Vorkommen von Glykosurie bei Psychosen über 17 Fälle; doch trennt er nicht mit genügender Schärfe Diabetes von nicht-diabetischer Glykosurie. Immerhin mag hervorgehoben werden, daß 7 Fälle zur Melancholie gehörten; noch weitere 3 Fälle zeigten deutliche depressive Züge. In einem Falle trat 2mal unmittelbar nach einem Angstparoxysmus vorübergehend Glykosurie auf. In einem Falle periodischer Manie zeigte der Urin einen Zuckergehalt von 1,08% (Tagesmenge 16,85 g); er verschwand mit der Besserung. Dieser Kranke war übrigens leicht zornmütig erregt; schon die Frage nach seinem Schlaf und der Versuch, ihm in die Augen zu schauen, vermochte ihn zu empören.

Toy (1895) fand bei 2000 Fällen von Geistesstörung 7mal Glykosurie, vor allem bei Melancholie auf „neuro-arthritischer" Basis. Da es sich um eine nur vorübergehende Glykosurie handelte, so betrachtet *Toy* deren Entdeckung als Zufall. *Toy* ist überzeugt, daß Glykosurie bei wiederholten Untersuchungen sicher häufiger gefunden wäre. Die Seltenheit der Glykosurie erklärt er geradezu für eine scheinbare. Die unrichtige Vorstellung über die Häufigkeit von Glykosurie wird von ihm auch darauf zurückgeführt, daß weder körperliche noch psychische Störungen sie zu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verraten brauchen. 2 Fälle *Toys* machen hiervon eine Ausnahme. Einer dieser beiden Kranken hatte 3 Anfälle von Glykosurie, und jeder Anfall war eingeleitet von neuralgischen Schmerzen der unteren Extremitäten und agitierter Unruhe mit lebhaften Wahnvorstellungen. Jedesmal nahm der Zucker mit dem Abklingen der psychischen Störungen ab.

Jastrowitz (1897) machte in der Diskussion zu einem Vortrage von *Hermann Strauss* darauf aufmerksam, daß er bei seinen Untersuchungen des Harns Geisteskranker, abgesehen von Paralyse und Epilepsie, häufiger bei Melancholie Zucker gefunden habe.

Max Arndt (1898) prüfte einige Neuropsychosen auf ihre Beziehungen zur alimentären Glykosurie. Da für diese Versuche ausschließlich Anstaltsinsassen herangezogen wurden, handelte es sich nur um schwere Krankheitsfälle. Von 21 Fällen von Melancholie zeigten 5 eine alimentäre Glykosurie. 2 von ihnen gehörten zum Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins, 19 zur Melancholie. Eine klinische Unterscheidung der Fälle, die alimentäre Glykosurie zeigten oder vermissen ließen, war nicht möglich. *Arndt* weist selbst darauf hin, daß seine Beobachtungen die Mitteilungen von spontaner Glykosurie bei Melancholie stützen, und ist zu dieser Bemerkung um so eher berechtigt, als einer seiner Fälle auch spontane Glykosurie zeigte. Übrigens bestand auch bei einem von 6 untersuchten Fällen von Manie sowie bei einem Fall von Stupor von 7 untersuchten Fällen alimentäre Glykosurie. Der Stupor gehörte dem manisch-depressiven Irresein an. Auf die Einfuhr von 100 g Zucker schied der Kranke 0,5 g Zucker aus, 3 Wochen später während einer sehr heftigen manischen Erregung 2,8 g.

Laudenheimer (1898) hat bei 1200 Geisteskranken 30mal, also bei 2,5 %, Melliturie vermittelst der Gärungsprobe gefunden, betont aber ausdrücklich, wie schon oben *Toy*, daß dieser Prozentsatz hinter der tatsächlichen Häufigkeit des Vorkommens zurückbleibt wegen des transitorischen Charakters der Glykosurie. Diese wurde ungleich häufiger gefunden als der chronische Diabetes. Die echten Diabetiker litten an chronischer, unheilbarer Geisteskrankheit. Bei der transitorischen Glykosurie fanden sich vorwiegend psychische Störungen akuter, meist reparabler Natur. Fast stets fiel sie mit starken depressiven Affekten zusammen. Unter 22 Fällen von transitorischer Glykosurie bei Psychosen ist nicht weniger als 14mal Angst oder Depression bei den Hauptsymptomen vermerkt. In mehreren Fällen war mit Sicherheit nachzuweisen, daß die Affektsteigerung dem Erscheinen des Zuckers im Harn zeitlich vorausging oder dem Grade der Glykosurie parallel ging. An einer andern Stelle betont *Laudenheimer*, daß „Zucker im Urin stets ungefähr zur selben Zeit auftritt, wo die depressiven Affekte einen gewissen Höhepunkt erreichen“. Die psychischen Symptome gehen aber nicht immer den körperlichen zeitlich voraus. Der Zucker erschien bei einem Kranken mehrmals 1—2 Tage vor Einsetzen der psychischen Verschlimmerung, und die Glykosurie



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ließ manchmal bereits nach an den Tagen, an denen die Verstimmung ihren Höhepunkt erreicht hatte. Aus dem steigenden Zuckergehalt des Urins konnte man einigemale geradezu eine drohende Depression prognostizieren.

Féré (1898) berichtet über das häufige Auftreten von Glykosurie bei Neuropathen nach physischer Anstrengung, venerischen Exzessen, starker geistiger Arbeit und depressiver Gemütserregung.

J. Strauss (1900) fand das Maximum einer Glykosurie ex amylo bei einem Imbezillen an 2 Tagen, während deren bei ihm besonders heftige Aufregungszustände bestanden, und nimmt zur Erklärung der gesteigerten Glykosurie Bezug auf die ursächliche Bedeutung von Erregungszuständen für das Kommen und Gehen spontaner Glykosurie. *Strauss* berichtet noch von einem zweiten Imbezillen, der während eines halluzinatorischen Erregungszustandes alimentäre Glykosurie e saccharo zeigte, später aber auch bei wiederholten Untersuchungen keine Herabsetzung der Toleranz für Kohlehydrate bot.

Blau (1902) fand in einem Falle von Manie und Melancholie Zucker im Urin, der mit der Genesung wieder verschwand. Er zitiert die Beobachtung eines andern Autors, der bei 114 Fällen frischer Melancholie 11mal Zucker gefunden hat, diesen aber in jedem von 82 Fällen frischer Manie vermißt hatte.

Raimann (1903) berichtet in seiner sehr eingehenden Studie über die von ihm an Geisteskranken angestellten Versuche über alimentäre Glykosurie. Diese Versuche ergaben bei allen 4 Fällen von Melancholie einen niedrigen Wert für die Assimilationsgrenze. Alle 4 Kranken standen in vorgerücktem Lebensalter. Daß es aber nicht das Senium ist, das die Assimilationsgrenze herabdrückt, beweist die Seltenheit von Glykosurie bei geistesgesunden Greisen und die Tatsache, daß andere von ihm untersuchte Greise, die ebenfalls im 7. bis 8. Lebensdezennium stehen, aber nicht an Melancholie erkrankt sind, große Zuckermengen assimilieren können. Bei der Manie fand *Raimann* eine hohe Assimilationsgrenze. Es verdient noch hervorgehoben zu werden, daß auch bei andern Psychosen in einzelnen Fällen die Assimilationsgrenze herabgesetzt war, und dann findet sich oft ein depressiver Affekt notiert. Die hohen Werte der Assimilationsgrenze bei manischen, die niedrigen Werte bei depressiven Paralytikern werden von *Raimann* selbst ausdrücklich betont. Die von andern Autoren erhobenen Befunde über Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei Paralyse haben wir unberücksichtigt gelassen wegen des Fehlens genauer klinischer Notizen. Regelmäßig fand *Raimann* eine von ihm sonst sehr selten beobachtete spontane Glykosurie bei Delirium tremens, nachdem inzwischen schon *Arndt* und *Laudenheimer* auf die Häufigkeit von Glykosurie bei Delirium tremens hingewiesen hatten.

Kauffmann (1907, auch 1908) bemerkt in einer Arbeit über alimentäre Glykosurie und Lävulosurie bei geisteskranken Potatoren, daß



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man häufig Zucker im Urin bei den schweren Angstanfällen der Paralytiker und den Angstpsychosen findet.

Schließlich sei noch eine Mitteilung von *von Noorden* erwähnt. In seinem Lehrbuch über Diabetes teilt er mit, daß man einigemal eigentümlicherweise mit Auftreten einer Psychose den Zucker für immer bei dem Diabetiker habe verschwinden sehen. *von Noorden* selbst hat zweimal das Umgekehrte gesehen. Glykosurie trat zugleich mit dem Status melancholicus auf und verschwand mit seiner Heilung, so daß die Patienten jetzt wieder alles essen konnten. Rückfälle von Melancholie brachten dann wieder Zuckerausscheidung [1]).

Aus allen diesen Mitteilungen geht hervor, wie sehr unter den Psychosen gerade melancholische und depressive Krankheitsbilder bei dem Auftreten spontaner Glykosurie bevorzugt werden. Das gleiche gilt auch von der alimentären Glykosurie, von der ein vorsichtiger Rückschluß auf die Leichtigkeit des Eintritts spontaner Glykosurie gewiß gestattet ist. Allerdings sind nicht alle mitgeteilten Beobachtungen eindeutig. Nicht immer wird der Zuckernachweis allen Anforderungen gerecht. Nicht in jedem Falle ist ein Unterschied zwischen Glykosurie und Diabetes gemacht. Wir geben ohne weiteres zu, daß diese Entscheidung im Einzelfall recht schwer, ja unmöglich sein kann; aber es muß doch wenigstens der Versuch gemacht werden, die grundsätzlich gebotene Scheidung zu machen.

Die transitorische Glykosurie spielt in den Lehrbüchern der Psychiatrie eine nur geringe Rolle. *von Krafft-Ebing* erwähnt deren Vorkommen überhaupt nicht, weder in der allgemeinen Psychiatrie noch bei der Schilderung der Melancholie. *Ballet* betont, daß vor allem bei progressiver Paralyse, Demenz und Epilepsie Glykosurie vorkomme; bei

---

[1]) Bei der Korrektur haben wir noch weitere Fälle von Glykosurie bei Melancholie kennen gelernt.

Nach *Bartsch* hat *Dawson* von einigen Fällen berichtet, in welchen bei Melancholieanfällen, einmal nach Influenza, ein anderes Mal bei einer traumatisch-zirkulären Form, Glykosurie auftrat. In beiden Fällen trat Heilung der Psychose und der Stoffwechselerkrankung ein; das Referat ließ aber nicht erkennen, in welcher Reihenfolge. Sodann erwähnt *Bartsch* noch einen Fall von *Corus*: Eine 64 jährige Frau, die deprimiert ist und sich selber melancholisch fühlt, scheidet 0,8% Zucker aus. 2 Monate später ist der Zucker verschwunden, die deprimierte Stimmung erst nach 3 Monaten.

Aus der Arbeit von *Griemert* entnehmen wir, daß *Pierre Marie* und *Robinson* 2 Fälle von Melancholie mit Impotenz beobachtet haben, die leichte Glykosurie hatten.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den anderen Psychosen, abgesehen vom diabetischen Delir, sei sie ohne Bedeutung, vielmehr rein alimentären Ursprungs. Nach *Kraepelin* ist die Glykosurie bei Geisteskranken sicher häufiger als bei Gesunden, namentlich unmittelbar nach Delirium tremens und lebhaften Angstzuständen. *Kraepelin* selbst hat sie in 2 Fällen gefunden, die er als syphilitische Gefäßerkrankungen auffassen möchte, deren klinisches Verhalten er aber nicht genauer schildert. Kraepelin nimmt dann auf die oben erwähnte Arbeit von Raimann Bezug und schließt seine Ausführungen mit den Worten: „Es hat demnach den Anschein, daß die alimentäre Glykosurie bei denjenigen Formen des Irreseins besonders leicht zustande kommt, bei denen wir Anlaß haben, an Stoffwechselstörungen zu denken.“ *Ziehen* findet die Glykosurie, die nicht infolge eines echten Diabetes auftritt, vielmehr in direkter Abhängigkeit von der Psychose steht, öfter bei organischen Psychosen, bei Hirnlues oder progressiver Paralyse. Mitunter tritt die Glykosurie intermittierend auf. Flüchtige Glykosurie findet sich namentlich bei Intoxikationspsychosen. Wiederholt hat *Ziehen* transitorische Glykosurie (Gärungsprobe bis zu 1,1 %) während der klimakterischen Melancholie gesehen. Bei der periodischen Melancholie ist zuweilen jeder Anfall, namentlich in seinem Beginn, von Glykosurie begleitet. *Pilcz* referiert diese Angaben *Ziehens* und berichtet dabei, daß auch *Neftel* bei einem seiner Kranken dieselben Beobachtungen gemacht hat.

Noch geringer ist die Ausbeute der Literatur der Internisten. *Naunyn*, dem wir die ausführlichste Monographie über Diabetes verdanken, sagt kurz und bündig: „Über Glykosurie bei Geisteskrankheiten (außer bei Dementia paralytica) habe ich nichts gefunden, was von Bedeutung wäre.“ *von Noorden* berichtet über transitorische spontane Glykosurie nur bei Potatoren und bei progressiver Paralyse. *L. Mohr*, der in dem vor kurzem erschienenen Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, II. Auflage, die Geistes- und Nervenkrankheiten behandelt hat, erwähnt Glykosurie nicht.

Das Fehlen systematischer Untersuchungen mit einwandfreien Methoden mag es erklären, warum der Glykosurie, trotzdem sie von den verschiedenen Autoren gerade bei depressiven Psychosen des öfteren gefunden wurde, in den Lehr- und Handbüchern so wenig gedacht wird.

Mit anderen vertreten auch wir den schon früher betonten Standpunkt, daß die Glykosurie eine Folge der Psychose ist, daß sie, kurz gesagt, neurogenen Ursprungs ist. Mit dieser Annahme stimmt die Tatsache überein, daß auch der Zuckergehalt des Diabetikers von seinem psychischen Befinden abhängt; könnte man alle weiteren Faktoren ausschalten, die die Glykosurie


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

beeinflussen, so könnte man aus der Zuckerkurve ein Bild des psychischen Befindens gewinnen. Es will uns nicht einleuchten, daß durch einmaligen Schreck, ohne ein mechanisches Trauma oder starke Gehirnerschütterung, echter Diabetes entstehen könne. Den Fällen von Diabetes gegenüber, die durch Schreck entstanden sein sollen, ist nur allzusehr der Einwand berechtigt, daß früher schon vorhandener Diabetes bisher immer übersehen war, jetzt aber entdeckt wurde, weil aus irgendeinem Grunde die Urinuntersuchung notwendig erschien. Eine vorübergehende Glykosurie nach Affekten ist des öfteren bei ganz Gesunden oder, wie wir wohl lieber sagen wollen, auch bei nicht-diabetischen Personen beobachtet worden[1]). Auch wir können über ähnliche Beobachtungen berichten. Angestellte, die sicher nicht diabetisch waren, von der Natur aber mit einer ausgesprochenen Fähigkeit, sich zu ärgern, bedacht waren, boten nach voraufgegangenem Ärger eine sehr bald wieder verschwindende Glykosurie. Vor kurzem hat *Ricci* mitgeteilt, daß von 15 Personen, denen er Tag und Stunde ihrer Operation mitteilte, 6 eine vorübergehende, von der Nahrungszufuhr nicht abhängige Glykosurie zeigten. Diese Arbeit war uns nur in einem Referat zugänglich. Wenn in diesem Referat erwähnt wird, *Ricci* habe vorher die Kranken genau in bezug auf Toleranz gegen Glykose untersucht, so glauben wir aus dem Fehlen der Mitteilung des Ergebnisses dieser Untersuchung doch wenigstens den einen Schluß ziehen zu können, daß Diabetes nicht vorgelegen hat. Das alleinige psychische Trauma, das mit der Mitteilung des Zeitpunktes der nahe bevorstehenden Operation verbunden war,

---

[1]) Während d.r Korrektur erfuhren wir durch die Glaessner'sche Arbeit „Über nichtdiabetische Glycosurien" von der „Angstglycosurie", die von Noorden in einer Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Hoppe-Seyler über Vagantenglycosurie auf dem Kongress für innere Medizin 1902 erwähnt. Danach hat von Noorden mehrmals Gelegenheit gehabt, in dem Urin von Leuten, die unter schwerer seelischer Angst standen, die schwere Katastrophen herannahen sahen, vorübergehend Glycosurie auftreten zu sehen, die ganz gelegentlich gefunden wurde. War das seelische Moment gehoben, schon nach 1 Tage oder nach wenigen Tagen, so ließ sich selbst durch die größte Steigerung von Kohlehydraten, große Mengen von Brot, ja durch Häufung von Traubenzucker keine Glycosurie mehr bei den betreffenden Individuen hervorrufen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hätte demnach schon genügt, um eine Störung in dem Kohlehydratstoffwechsel hervorzurufen. Diesen Gesichtspunkt wird man in Zukunft noch mehr beachten müssen bei der Frage des Zusammenhangs von Narkose und Glykosurie. Der von *Böhm* und *Hoffmann* beschriebene Fesselungsdiabetes bei Tieren ist vielleicht auch durch den gewaltigen psychischen Eindruck bedingt.

Wir haben die von uns beobachtete Glykosurie eine n e u r o g e n e genannt. Mit dieser Bezeichnung ist aber noch herzlich wenig, eigentlich nichts gewonnen. Der Glykosurie an und für sich kann man es nicht ansehen, ob sie neurogenen Ursprungs ist oder nicht. Freilich haben *Kraus* und *Ludwig* betont, daß die Beziehungen zwischen nervöser und alimentärer Glykosurie nur sehr locker seien, daß also die nervöse Glykosurie eine ganz spezielle Form sei. Die diese Anschauung begründenden Versuche wurden an drei Kranken mit organischer Affektion des Zentralnervensystems gemacht. Die Untersuchung ging aus von einem Kranken mit Ponstuberkel, der nach dem Ergebnis der Sektion zwischen hinterem Vierhügelpaar und Striae acusticae saß und in den vierten Ventrikel hineinragte. Die bei diesem Kranken sbetehende spontane Glykosurie erfuhr durch die Zufuhr von 100 g Traubenzucker keine Steigerung. Hier lag eine besondere Art von nervöser Glykosurie vor, eine bulbäre Glykosurie organischen Ursprungs. Die Autoren selbst heben diesen Gesichtspunkt hervor, nicht aber die späteren Arbeiten, die immer nur schlechtweg von nervöser Glykosurie sprechen.

Arndt hat bei einem Paralytiker die schon bestehende Glykosurie durch Zufuhr von 100 g Traubenzucker vermehrt und schließt hieraus, daß *Kraus* und *Ludwig* nicht berechtigt waren, die nervöse Glykosurie in einen Gegensatz zur alimentären zu bringen. Ein einziger Versuch kann unmöglich diese prinzipielle Frage entscheiden, zumal wir wissen, welchen Schwankungen das Verhalten der alimentären Glykosurie unterliegt. Dann aber auch hatten *Kraus* und *Ludwig* ihre Beobachtungen an Fällen gemacht, bei denen eine direkte Läsion des 4. Ventrikels wahrscheinlich war. Diese Möglichkeit bestand natürlich auch bei dem von *Arndt* untersuchten Paralytiker. Aber sie ist doch nicht so nahegerückt wie bei dem von jenen Autoren verwerteten Kranken mit Ponstuberkel. Es entzieht sich unserer Kenntnis, ob die Angaben von *Kraus* und *Ludwig* noch anderweitig nachgeprüft sind.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben in einer Reihe von Fällen den Kranken, die schon spontan Zucker ausschieden, 100 g Traubenzucker gegeben. Die Menge des im Urin ausgeschiedenen Zuckers stieg danach vielfach nicht an, jedenfalls nicht in dem Maße, wie man es hätte erwarten können. Ja, in einigen Fällen nahm sogar die Zuckermenge ab. Wir wagen es aber dennoch nicht, hieraus weitgehende Schlüsse zu ziehen, da in anderen, wenn auch weniger zahlreichen Fällen das umgekehrte Verhalten zu konstatieren war. Ein Grund für dieses gegensätzliche Verhalten war nicht ersichtlich. Wir brauchen kaum hervorzuheben, daß schon das Überwiegen der funktionellen Erkrankungen bei unserem Versuchsmaterial ohne weiteres davor warnen muß, die von *Kraus* und *Ludwig* erhobenen Befunde mit den unsrigen zu vergleichen.

Verschiedentlich ist der Versuch gemacht worden, für das Zustandekommen der nervösen Glykosurie eine Erklärung zu finden. Selbstverständlich hat man immer auf die große Entdeckung von *Claude Bernard* Bezug genommen. Ist die kritische Stelle am Boden des 4. Ventrikels verletzt, so ist für das Zustandekommen der Glykosurie ein gewisses Verständnis eröffnet. Ein solches fehlt aber völlig, wenn — und das trifft in der überwiegenden Zahl der Fälle zu — die Läsion andere Gehirnpartien betrifft oder anatomische Veränderungen überhaupt nicht anzunehmen sind. Wir werden uns dann begnügen müssen mit dem Hinweis darauf, daß auch die vegetativen Organe unter dem Einfluß des Zentralnervensystems stehen. Alles weitere ist uns unbekannt, während bei der piqûre wenigstens einige der in Betracht kommenden Nervenbahnen mit großer Wahrscheinlichkeit bekannt sind.

Auch über die Ursache der Glykosurie bei depressiven Zuständen, sowohl er alimentären wie der spontanen, sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden.

Raimann betont, daß der Gegensatz der beiden Erscheinungsbilder der Melancholie und Manie sich auch auf das Verhalten der Zuckerassimilation erstreckt. Bei dem Melancholiker werde dank der Verlangsamung des Stoffwechsels und der bedeutend herabgesetzten Oxydationsenergie die Verbrennung des Zuckers im Blute etwas unvollkommener vor sich gehen, so daß die Nieren in die Lage kämen, überschüssigen Zucker auszuscheiden. Die Richtigkeit dieser Vorstellung vorausgesetzt, müßte, schließt *Raimann*, die Assimilationsgrenze um so tiefer liegen, je schwerer die Stoffwechselstörung sei, die wohl der Ausprägung der Geistesstörung



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

parallel laufe. Der danach zu erwartende Parallelismus zwischen Depression der Stimmung und der Höhe der Assimilationsgrenze wird durch die bisherigen Erfahrungen bestätigt. Bei der Manie sind dagegen, führt *Raimann* aus, die Stoffwechselvorgänge beschleunigt, die Oxydationsprozesse erhöht und die Ausgaben gesteigert; der Traubenzucker wird zu rasch assimiliert, als daß es zu seiner Ausscheidung durch die Nieren kommen könne. Das verschiedene Verhalten der Assimilation bei der Melancholie und Manie ist also nur der Ausdruck der parallel verlaufenden Verlangsamung oder Beschleunigung des Stoffwechsels. Unsere Untersuchungen, die nur in einigen Fällen die anderen Bestandteile des Urins, vor allem die stickstoffhaltigen, berücksichtigt haben, gestatten uns nicht eine Stellungnahme zu dieser Erklärung. Es ist uns auch zweifelhaft, ob man die mit der Manie und Melancholie einhergehenden chemischen Vorgänge im Organismus auf die fast zu einfache Formel der Beschleunigung oder Verlangsamung des Stoffwechsels zurückführen darf. Wäre die Methode zum Nachweis des Traubenzuckers im Blute exakt genug, wäre eine Bestimmung des Zuckergehaltes des Blutes bei beiden Erkrankungen notwendig. Von vornherein kann man erwarten, daß der Glykosurie des Melancholikers ein, wenn auch nur unbedeutend erhöhter Zuckergehalt des Blutes entspricht, da die Annahme einer renalen Glykosurie für die Melancholie nicht gerade wahrscheinlich ist. Will man den unbestimmten Ausdruck einer Beschleunigung des Stoffwechsels beibehalten, so kann man von einer solchen auch vielleicht bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten reden. Bei diesen wird spontane Glykosurie beobachtet, aber doch nur gelegentlich, man sollte aber doch um so eher eine Glykosurie erwarten, als hier noch die weitere Hilfsursache der Glykosurie in der der Infektion zugrunde liegenden Giftwirkung hinzukommt.

Raimann erscheint an einer späteren Stelle seiner Arbeit die eben wiedergegebene Annahme nicht notwendig, um die Verschiedenheit der Assimilationsgrenze bei Melancholie und Manie zu erklären. *Raimann* schließt aus seinen zahlreichen Beobachtungen bei den verschiedenen Krankheitsbildern, daß die Degenerationspsychosen mit einer hohen, die erworbenen Psychosen mit einer niedrigen Assimilationsgrenze einhergehen. Die von *Raimann* untersuchten Melancholiker hatten ihre Krankheit im vorgerückten Alter erworben, während die Manischen durchweg zum manisch-depressiven Irresein gehörten, also zu den Degenerierten gezählt werden mußten. Bestehen tatsächlich die von *Raimann* angenommenen Beziehungen zwischen Natur der Geistesstörung und Assimilationsgrenze, so bedürfte es zur Erklärung des entgegengesetzten Verhaltens der Toleranz bei Melancholie und Manie nicht noch der oben erwähnten Heranziehung der Stoffwechselstörungen. Heute würde *Raimann* sich schon anders ausdrücken müssen; auch in der Psychiatrie kann man von einer schnellebigen Zeit sprechen. Die Angriffe auf die Selbständigkeit des Krankheitsbildes der Melancholie sind zahlreicher und heftiger


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

geworden, und die Stimmen mehren sich, die die Melancholie in das Krankheitsbild des manisch-depressiven Irreseins oder, wie man eben besser sagt, des manisch-melancholischen Irreseins, aufgehen lassen.

Übrigens sagt *Raimann* selbst ausdrücklich an einer andern Stelle seiner Arbeit, daß er unter der Bezeichnung Melancholie alle Depressionszustände zusammenfaßt, gleichgültig, ob sie nun als Melancholie oder Hypochondrie oder als depressive Phase eines periodischen oder zirkulären Irreseins zur Untersuchung gelangten. *Raimann* begründet sein Vorgehen damit, daß die Literaturangaben oft nicht erkennen ließen, welcher Art die Depressionszustände waren, die auf Glykosurie untersucht wurden, dann aber auch damit, „daß die melancholische Verstimmung an und für sich eine ganz bestimmte Einwirkung auf die Assimilation auszuüben scheint, und zwar im ungünstigen Sinne“. Diese Herabsetzung der Toleranz ist somit nicht zu erklären durch die von *Raimann* erschlossenen Beziehungen zwischen dem Verhalten der Assimilationsgrenze und der Natur der Psychose; denn unter dem Begriff der Melancholie werden von ihm erworbene und angeborene Störungen zusammengefaßt. Somit kommt eigentlich nur die Bezugnahme auf die Herabsetzung des Stoffwechsels in Betracht zur Erklärung der Glykosurie, und es bedürfte dann noch der weiteren Annahme, daß bei allen Psychosen mit depressiven Phasen dieselben Störungen des Stoffwechsels vorlägen. Wir sind nicht in der Lage, zu entscheiden, ob auch diese weitere Hilfshypothese berechtigt ist.

Raimann erörtert noch die Möglichkeit, ob die Muskelruhe des Melancholikers dessen Assimilationsgrenze herabdrückt, die lebhafte Muskeltätigkeit des Maniacus sie erhöht. Mit zutreffenden Gründen weist *Raimann* diese Annahme zurück. Auch der unruhige, unstete Melancholiker zeigt eine niedrige Assimilationsgrenze, und der Maniacus behält seine hohe Assimilationsgrenze, auch wenn er ruhig im Bett liegen bleibt. Unsere eigenen Erfahrungen stimmen mit diesen Erfahrungen durchaus überein. Ängstliche Kranke zeigten ihre Glykosurie, auch wenn sie umherliefen. Ruhige Kranke zeigten aber kaum eine Glykosurie, wenn nicht eine ängstliche Verstimmung nachweisbar oder wenigstens wahrscheinlich war.

Eine andere Hypothese zur Erklärung der spontanen Glykosurie hat *Laudenheimer* aufgestellt. Er weist darauf hin, daß mit den Affekten, physiologischen wie pathologischen, eine Reihe somatischer Veränderungen einhergeht, deren Auslösung zweifellos in der Medulla oblongata zu suchen ist (Atmung, Herztätigkeit, Vasomotoren). Die Bedeutung der medulla oblongata für die Glykosurie ist durch die piquûre erwiesen. Es liegt also nahe, auch die Glykosurie als gleichwertig mit den erwähnten körperlichen Begleitzuständen der Affektstörungen aufzufassen. „Es würde somit die transitorische Glykosurie gewissermaßen ein Herdsymptom des Angstaffekts darstellen.“ Die Glykosurie scheint dem depressiven Affekt als solchem, unabhängig von der Grundkrankheit, zuzukommen; denn



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Laudenheimer hat Glykosurie beobachtet bei Angstzuständen auf melancholischer, neurasthenischer und halluzinatorischer Grundlage.

Diese letzte Behauptung *Laudenheimers* können wir ganz zu der unsrigen machen; wir hatten diesen Schluß aus unsern Arbeiten schon gezogen, ehe wir sahen, daß *Laudenheimer* zu demselben Ergebnis gekommen ist.

Der Leser wird jener Hypothese *Laudenheimers* gegenüber einwenden, daß dann auch freudige Affekte mit Glykosurie einhergehen müßten. Diesen Einwand, den auch *Raimann* bei seiner Kritik der *Laudenheimer*schen Hypothese erhebt, kann man etwas abschwächen durch den Hinweis darauf, daß kaum ein Affekt mit so vielen und so intensiven körperlichen Störungen einhergeht wie gerade der Angstaffekt.

Übrigens hatte *Dörner* bereits einige Jahre vorher eine ähnliche Hypothese aufgestellt. *Ziertmann* hatte in 6 Fällen eine akute Lungenblähung bei den Angstzuständen Geisteskranker gefunden und sie auf eine direkte, vom Großhirn ausgehende und die Oblongatazentren auf gewissen Bahnen erreichende Erregung zurückgeführt. Durch sie sollte eine Blutdrucksteigerung mit nachfolgender Exsudation in den Ventrikel stattfinden und so auf mechanischem Wege ein neuer Reiz für die am Boden des 4. Ventrikels gelegenen Zentren abgegeben werden. In ähnlicher Weise glaubt *Dörner* die bei schweren alkoholischen Seelenstörungen mitunter auftretende Glykosurie erklären zu können. Jüngst hat sich noch *Kauffmann* für einen bulbären Ursprung der auch von ihm bei Delirium tremens beobachteten Kohlehydraturie ausgesprochen und stützt seine Ansicht mit dem Hinweis darauf, daß gerade der Boden des 4. Ventrikels bei Alkoholisten eine Neigung zu organischen Erkrankungen (polioencephalitis acuta superior) zeigt. An einer andern Stelle verweist *Kauffmann* auf die Beobachtung von *Wernicke*, daß Angstzustände häufig mit Insuffizienz der nervi phrenici einhergehen, deren Kerne im oberen Halsmark liegen.

Wir möchten es noch vermeiden, uns auf den schwankenden Boden der Hypothesen zu begeben und zu diesen Anschauungen Stellung zu nehmen. Unsere Beobachtungen geben uns unseres Erachtens nicht das dazu notwendige Material an die Hand, und vorläufig ist es noch unmöglich, die bulbäre Glykosurie als solche zu erkennen und sie von den Glykosurien anderen Ursprungs zu unterscheiden.

Wir begnügen uns vielmehr damit, hervorzuheben, daß widrige Verstimmungen und Affektzustände sehr oft von Glykosurie begleitet sind. —

Das Ergebnis unserer klinischen Untersuchungen hat auch eine praktische Bedeutung.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wer die Glykosurie ängstlicher Geisteskranker kennt, wird nicht so leicht der Gefahr ausgesetzt sein, zu Unrecht einen Diabetes[1]) anzunehmen. Die Bedeutung der Zuckerharnruhr ist heute auch dem Laien hinreichend bekannt, so daß es geboten ist, ihm die Angst und die Sorgen zu ersparen, denen er durch die unberechtigte Mitteilung, er leide an Diabetes, ausgesetzt wird. Eine vorsichtige Stellungnahme des Arztes ist auch dann angebracht, wenn eine sichere Unterscheidung zwischen der harmlosen Glykosurie und dem Diabetes nicht oder noch nicht zu fällen ist. Ebenso glauben wir auch das Interesse des Kranken mehr zu wahren, wenn wir ihn nicht sofort auf die strengste Diät setzen. Auch der Laie weiß heute, was eine solche zu bedeuten hat, selbst wenn ihm die Ärzte geflissentlich die Diagnose des Diabetes vorenthalten. Ist die Zuckerausscheidung nicht beträchtlich, so ist es auch schon aus diagnostischen Gründen angezeigt, recht milde Diätvorschriften zu geben.

Wenn wir bei einem Kranken nach seinem psychischen Verhalten und unsern Erfahrungen Glykosurie erwarteten, fiel der Zuckernachweis fast immer positiv aus. Wir möchten aber nicht so weit gehen, zu sagen, daß jeder Angstaffekt mit Glykosurie verbunden sein muß, oder geradezu behaupten, das Fehlen der Glykosurie schließe einen Angstaffekt aus oder beweise die Simulation des Zustandes, der als Angstaffekt gedeutet werden könnte. Immerhin verdient der positive Ausfall des Zuckernachweises eine gewisse Beachtung bei der Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände. Mehrfach haben wir in der letzten Zeit Traumatiker untersucht, die an einer ausgesprochenen ängstlichen-neurasthenischen Verstimmung litten und Glykosurie

---

[1]) Der eine von uns (*K.*) hat in der Gießener Klinik eine einige dreißig Jahre alte, diabetisch nicht belastete, früher körperlich und geistig gesunde Dame gesehen, die an einer schweren Melancholie litt. Angst und Selbstbeschuldigungen beherrschten das Bild. Die Kranke glaubte, Briefe gefälscht zu haben, deshalb gleich ins Zuchthaus gebracht werden zu sollen und dergleichen mehr. Während ihres fast 2 Monate dauernden Aufenthalts in der Klinik hatte sie fast ständig Glykosurie, auch bei geringer Nahrungsaufnahme. Der Zuckergehalt stieg einmal bis auf 8 %. Leider stehen absolute Zahlen nicht zur Verfügung. Die Melancholie und mit ihr die Glykosurie wich ohne irgendeine diätetische Behandlung. Inzwischen sind 1 ½ Jahre verflossen, und der Dame geht es nach wie vor gut. Irgendwelche Symptome von Diabetes sind auch später nicht aufgetreten.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigten. Dieser Harnbefund vermochte uns in unserer schon anderweitig gestützten Annahme, es handle sich um eine nicht simulierte Störung, nur zu bestärken. Natürlich empfehlen wir nicht, allein auf den Zuckernachweis hin ein positives Gutachten zu erstatten. Die Mitteilung von *van Oordt* ist in der Hinsicht sehr lehrreich. Ein Mann wollte im Anschluß an einen Unfall erkrankt sein. *Van Oordt* hielt ihn für einen Simulanten, wiewohl die alimentäre Glykosurie positiv ausfiel. Die weitere Beobachtung ergab, daß es sich um einen Diabetiker handelte; das erste Zeichen des erst später nachweisbaren Diabetes war eben die alimentäre Glykosurie, zu deren Erklärung es des Traumas nicht bedurfte. Die Tücke des Geschicks wird dem Gutachter gewiß nicht immer so übel mitspielen. Aber noch in anderer Hinsicht ist Vorsicht geboten. Auch wir haben gefunden, daß an einer nicht ausgesprochenen Geistes- oder Nervenkrankheit leidende Individuen unter der Einwirkung widriger Verstimmung Glykosurie zeigen können. Somit besteht auch die Möglichkeit, daß die Angst vor dem Ausfall der ärztlichen Untersuchung und den sich daraus ergebenden rechtlichen Folgen eine Glykosurie verursacht. Diese würde immerhin eine nicht gewöhnliche Erregbarkeit des Untersuchten beweisen; aber wir werden eine solche angeborene oder erworbene Disposition doch für die Mehrzahl der Fälle von traumatischer Neurose voraussetzen müssen. Es würde mit einer Glykosurie unter Umständen also nur der Nachweis erbracht, daß das Individuum zu einer nervösen Erkrankung leichter disponiert ist, nicht aber, daß schon diese selbst vorliege.

Vermeidet man diese zwei Klippen, so kann der positive Ausfall des Zuckernachweises, wenn auch nur im Zusammenhang mit andern Symptomen, die Entscheidung zugunsten der Annahme einer Erkrankung erleichtern.

Ende Oktober 1907 untersuchten wir den Urin eines etwa 55 Jahre alten Mannes, der ambulant behandelt wurde. In seiner Familie war mehrfach Diabetes beobachtet worden; er selber war auch schon seit Jahren Diabetiker. Er litt an Arteriosklerose und brachte viele neurasthenische Beschwerden vor; Angstzustände beherrschten damals sehr das Krankheitsbild. Bei der Untersuchung des Urins auf Zucker



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fiel auf, daß Kupferoxydul erst nach dem Erkalten des Urins und ganz plötzlich, schußweise ausfiel, wie es *Salkowski* als charakteristisch für Pentose beschrieben hatte. Wir stellten daher die Orzinprobe an. In der Tat nahm der Urin, von dem 3 ccm mit 5 ccm Salzsäure und einer Messerspitze reinsten Orzins gekocht wurde, eine intensive Grünfärbung an; nach kurzer Zeit bildete sich ein grünblauer Niederschlag. Wurde der grüne Urin mit Amylalkohol ausgeschüttelt, so nahm dieser eine intensive Grünfärbung an; bei der spektroskopischen Untersuchung wurde ein Absorptionsstreifen zwischen *C* und *D* beobachtet. Dieser Urin enthielt, da die Gärungsprobe negativ ausgefallen war, keine Dextrose. Bei späteren Untersuchungen erschien im Urin bald Traubenzucker, bald verschwand er; auch die Orzinreaktion zeigte dasselbe wechselnde Verhalten. Wir konnten uns nicht dem Eindruck entziehen, daß die Orzinreaktion besonders stark ausgeprägt war, wenn bei dem Kranken deutliche Angst bestand.

Ungefähr zu derselben Zeit konnten wir ähnliche Beobachtungen machen bei einer Kranken unserer Klinik, die deprimiert war, Traubenzucker ausschied und zeitweilig auch die Orzinreaktion bot.

Es lag daher nahe, zu untersuchen, ob der Ausfall der Orzinreaktion in irgendeiner Beziehung zu depressiven Störungen stehen könnte. Die Untersuchung systematisch zu gestalten, war aus den oben (S. 761 ff.) dargelegten Gründen geboten.

Wir wandten aber für die weiteren Untersuchungen das von *Bial* angegebene Reagens an, das vor der gewöhnlichen Orzinreaktion den Vorzug der größeren Einfachheit und Handlichkeit hat.

Bial hat die Zusammensetzung seines Reagens genau angegeben (1,0 g Orzin *(Merck)*, 500 ccm 30 prozentige Salzsäure, 20 Tropfen Liquor ferri sesquichlorati). Aber das genau nach dieser Vorschrift hergestellte Reagens versagte oft bei der Untersuchung von Harnen, die positiv reagierten mit dem *Bial*schen Reagens, das die Firma Klönne & Müller in Berlin auf *Bial*s Veranlassung in den Handel bringt. Wie wir erfahren haben, sind ähnliche Beobachtungen auch andernorts gemacht. Wir entschlossen uns daher schon im Beginn unserer Untersuchungen, nur das käufliche Produkt trotz seines sehr hohen Preises anzuwenden, um so eine möglichst große Sicherheit zu haben, vergleichbare Resultate zu gewinnen. Die Untersuchungen wurden nach *Bial*s Vorschlag stets so angestellt, daß 4 ccm des Reagens in einem Reagensgläschen bis zum Sieden erhitzt werden; dann wird das Gläschen von der Flamme entfernt, und man tröpfelt einige Tropfen — wir nahmen zuerst 20, später nur 5 Tropfen — des zu untersuchenden Urins hinzu. Bei positivem Ausfall


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Reaktion bildet sich sofort oder nach einigen wenigen Sekunden ein tiefgrüner Ring in der oberen Flüssigkeitsschicht. *Bial* hält eine spektroskopische Untersuchung nicht mehr für notwendig, wenn man sich bei Anstellung der Probe genau nach dieser Vorschrift richtet. In einer Zahl von Fällen, durchaus nicht jedesmal, untersuchten wir den Amylalkoholauszug spektroskopisch und fanden dann einen Absorptionsstreifen zwischen *C* und *D*.

Wenn wir fortan von *Bial*scher Reaktion sprechen, verstehen wir darunter nur die Untersuchung mit dem käuflichen Reagens in der eben angegebenen Weise.

In der Tat konnten wir durch unsere Untersuchungen feststellen, daß die *Bial*-Reaktion eine sehr häufige Begleiterscheinung depressiver Störungen ist, gleichgültig, wodurch diese bedingt waren, und bei welcher psychischen Krankheit sie auftraten. Traten die depressiven Störungen nur zeitweilig auf, so fiel *Bial* nur während ihres Bestehens positiv aus, fehlte aber in ruhigen Zeiten. Auch bei geistig gesunden Personen konnten wir vorübergehend nach einer Depression, mehr noch nach einem intensiven Ärger oder Schrecken, einigemal *Bial*-Reaktion beobachten, die sonst fehlte. Vielfach stieg und fiel die Intensität der Reaktion mit der Stärke der psychischen Störung, soweit man diese beiden Erscheinungen messen und miteinander vergleichen kann. Natürlich ist die Stärke der *Bial*-Reaktion abhängig von der Konzentration des Urins. Vorläufig sind wir, wie wir noch weiter ausführen werden, nicht in der Lage, mit Sicherheit den oder die Körper anzugeben, an deren Vorhandensein die *Bial*-Reaktion geknüpft ist; von einer quantitativen Bestimmung kann also gar keine Rede sein. Wir begnügten uns daher für unsere Notizen in grob schematischer Weise damit, mit 1, 2 oder 3 Kreuzen die Stärke der Reaktion anzudeuten. Daß es unmöglich ist, die Höhe depressiver Störungen zahlenmäßig darzustellen, brauchen wir nicht nochmals hervorzuheben. Wir glauben aber doch angeben zu können, daß im allgemeinen die Intensität der *Bial*-Reaktion mit dem Stärker- oder Schwächerwerden der Depression zu- oder abnahm.

Der Eintritt der *Bial*-Reaktion ist also offenbar an ähnliche Voraussetzungen gebunden wie die oben beschriebene Glykosurie. Dafür spricht auch die Beobachtung, daß vielfach *Bial* neben Glykosurie bestand. In andern, nicht wenigen Fällen aber fehlte die Glykosurie. Wir sind nicht in der Lage, einen Grund dafür angeben zu können, warum das eine Mal bei einer De-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pression nur *Bial*, ein anderes Mal nur Glykosurie, ein drittes Mal aber sowohl *Bial* wie Glykosurie bestand. Auch bei demselben Kranken schwankten diese Verhältnisse während derselben Psychose.

Die bei ausgesprochenen Depressionszuständen gefundene *Bial*-Reaktion wurde mit Eintritt der Nahrungsverweigerung nicht immer schwächer; die Reaktion behielt oft sogar ihre frühere Stärke bei. Freilich war die Beurteilung der Stärke der Reaktion in einem Teil der Fälle erschwert durch die mit der Abstinenz einhergehende Abnahme der Urinmenge und Zunahme der Konzentration des Harns. In einer nicht minder großen Reihe der Fälle bestand dies Bedenken nicht, und *Bial*-Reaktion war deutlich bei Abnahme der Glykosurie trotz Nahrungsverweigerung. Damit liegt der Verdacht sehr nahe,

Krankheit	Zahl der untersuchten Kranken	Zahl der untersuchten Urine	Absolute Zahl der *Bial*-Urine			Prozentuale Zahl der *Bial*-Urine		
			+	++	+++	+	++	+++
I. Manisch-depr. Irresein.								
1. Manie	6	194	56	7	0	29 %	4 %	0 %
2. Mischzustand	4	329	95	40	19	29 %	12 %	6 %
3. Melancholie	18	847	365	96	26	43 %	11 %	3 %
II. Dem. praecox.								
1. Hebephrenie	5	141	54	22	2	31 %	16 %	1 %
2. Katatonie	12	667	228	74	14	34 %	11 %	2 %
3. Dem. paranoides	4	120	44	15	15	36 %	13 %	13 %
III. Epilepsie	11	948	461	104	16	49 %	11 %	2 %
IV. Hysterie	23	572	212	43	7	37 %	8 %	1 %
V. Alkoholpsychosen.								
1. Del. tremens	4	31	14	3	2	45 %	10 %	6 %
2. Chron. Halluz.	5	249	94	28	8	38 %	11 %	3 %
3. Korssakoff	3	107	40	5	0	38 %	5 %	0 %
VI. Senile Psychosen.								
1. Depressionen	11	641	265	79	12	41 %	12 %	2 %
2. Demente Formen zum Teil mit Sinnestäuschungen	5	308	79	14	4	26 %	5 %	2 %
3. Arteriosklerose	3	88	47	11	1	53 %	13 %	1 %
VII. Präseniler Beeinträchtigungswahn	3	171	86	18	0	50 %	11 %	0 %
VIII. Angeborener Schwachsinn	9	350	175	41	7	50 %	11 %	2 %


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit	Zahl der untersuchten Kranken	Zahl der untersuchten Urine	Absolute Zahl der *Bial*-Urine			Prozentuale Zahl der *Bial*-Urine		
			+	++	+++	+	++	+++
IX. Neurasthenie	4	92	39	8	0	42 %	9 %	0
X. Degen. (paranoide) Psychosen	3	98	62	7	1	63 %	7 %	1
XI. Progr. Paralyse mit Lues cerebri	7	325	137	39	10	42 %	12 %	3
XII. Encephalopathia saturnina	1	11	3	1	0	27 %	11 %	0
XIII. Erschöpfungsdelir. bei perniziöser Anämie	1	34	21	0	0	62 %	0 %	0
XIV. Tabes.								
1. Schmerzloser Verlauf..	2	59	2	0	0	3 %	0 %	0
2. Mit zahlreichen Krisen und Schmerzen.......	1	61	19	6	1	31 %	10 %	2
3. Mit Paranoia hallucinatoria	1	174	75	94	3	43 %	53 %	2
XV. Chorea minor...........	2	56	31	8	0	55 %	14 %	0
XVI. Organische Nervenkrankheiten ohne erhebliche sensible Reizerscheinungen..	4	152	27	2	0	18 %	1 %	0
XVII. Organische Nervenkrankheiten mit Schmerzen und ähnlichen sensiblen Reizerscheinungen	4	71	12	4	2	17 %	6 %	3

daß für die *Bial*-Reaktion mehr als für die Glykosurie Organsubstanzen verantwortlich zu machen sind.

Im ganzen sind während der letzten 1½ Jahre über 500 Urine auf *Bial* untersucht worden. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist der Urin Tag für Tag untersucht worden. Auch hier möge es genügen, auf die im Anhang wiedergegebenen Protokolle von drei Untersuchungsreihen zu verweisen.

Wir haben auch über den Ausfall der *Bial*-Reaktion eine tabellarische Zusammenstellung nach ähnlichen Gesichtspunkten angefertigt wie für den Zuckerbefund (S. 773 ff). Auch hier treffen natürlich die oben vorausgesandten allgemeinen Bemerkungen zu. Insbesondere muß auch hier ausdrücklich hervorgehoben werden, daß wir bei unsern

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Untersuchungen depressive und ängstliche Kranke bevorzugten und deshalb häufiger *Bial* wie ja auch Glykosurie gefunden haben, als wenn wir wahllos vorgegangen wären. Im allgemeinen verhält sich *Bial* ähnlich der Glykosurie, vor allem, wenn nur die stärkeren *Bial*-Reaktionen verwertet werden. Sie fehlen bei der Manie, sind selten bei Hebephrenie und relativ häufig bei den Depressionen, sowohl denen, die zum Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins wie zur Altersmelancholie gerechnet werden können. 6% der Deliranten boten starke *Bial*-Reaktion dank der Angst und den Halluzinationen. Letztere verursachten *Bial*-Reaktion auch bei den chronischen Halluzinosen, sowie vor allem in großer Häufigkeit bei der Dementia paranoides. Die Häufigkeit des *Bial* bei der progressiven Paralyse und dem angeborenen Schwachsinn erklärt sich aus deren Kombination mit Angstzuständen. Bei den von uns untersuchten Fällen reiner Tabes fanden wir keinen *Bial*; dieser trat aber auf, wenn zu der Tabes schmerzhafte Krisen oder halluzinatorische Angstzustände traten.

Es fragt sich, worauf der Eintritt der *Bial*-Reaktion zurückzuführen ist.

Bial selbst gibt mit Bestimmtheit an, daß sein Reagens, wenn es in der hier angegebenen Weise angewendet wird, mit Sicherheit den Nachweis von Pentose erbringt und ebenso sicher nicht durch Glykuronsäure bedingt ist. Freilich hat es nicht an Widerspruch gefehlt (*Geelmuyden*, *Jolles*, *Sachs*, *Tollens* u. a.). Einmal wurde die geringe Empfindlichkeit des Reagens gegen Pentose bemängelt und dann die Möglichkeit betont, daß auch Glykuronsäure dieselbe Reaktion geben könne. Nicht unberechtigt wies diesen Einsprüchen gegenüber *Bial* darauf hin, daß die Empfindlichkeit seines Reagens nicht an einem künstlich durch Zusatz von rechtsdrehender l-Arabinose dargestellten Urin geprüft werden dürfe, sondern nur an einem natürlichen Pentoseharn, der, wie *Neuberg* nachgewiesen hat, die inaktive Form der Arabinose enthält. Andererseits ist, wie *Bial* weiter hervorhebt, der Nachweis von Glykuronsäure an die vorherige Zersetzung ihrer Paarlinge gebunden; diese erfolgt aber erst durch Einwirkung mineralischer Säuren bei Siedehitze, und um diese Möglichkeit auszuschließen, fügt er zu dem bis zur Siedehitze erwärmten Reagens erst dann den zu untersuchenden Harn, nachdem das Reagens von der Flamme entfernt ist, wenn es also nicht mehr kocht. *Jolles* hat eine Modifikation der *Bial*schen Probe angegeben, um zu verhüten, daß die Anwesenheit von Glykuronsäure das Vorhandensein von Pentose vortäuscht. Diese Modifikation beruht darauf, daß der Urin mit salzsaurem Phenylhydrazin und Natriumazetat behandelt, der entstehende Niederschlag abfiltriert und nach Zusatz von Salzsäure und Wasser destilliert wird; das Destillat wird mit *Bial* gekocht. Diese Methode hat vor dem einfachen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bial den großen Vorteil, daß die Eigenfarbe des Urins nicht die Beurteilung der Farbenreaktion erschwert. Die *Jolles*sche Methode ist auch empfindlicher; sie fällt bei Urinen deutlich aus, die nicht reagieren auf einfachen *Bial*-Zusatz. Aber sie ist doch sehr viel umständlicher und zeitraubend und setzt auch eine gewisse Vertrautheit mit chemischen Arbeiten voraus. Dennoch würden wir ihr, die wir bei unseren Arbeiten in einer beträchtlichen Zahl von Fällen verwertet haben, einen unbedingten Vorzug gegenüber *Bial* einräumen, wenn *Jolles* mit seiner Methode eine Reaktion mit Glykuronsäure sicher ausschließen würde. Wir halten das aber nicht für wahrscheinlich. Wenigstens konnten wir bei einem recht stumpfen und teilnahmlosen Menschen nach Eingabe von 2 g Chloral eine deutliche Reaktion mit *Jolles* nachweisen. Daß ein Glykuronsäurepaarling die Grünfärbung des Destillates bedingt, erscheint uns höchst wahrscheinlich, da bei diesem Kranken *Bial* sowohl wie *Jolles* sonst immer negativ war, und ein anderer Grund für das jetzige Eintreten der Reaktion nicht nachzuweisen war, wenn wir nicht auf Urochloralsäure zurückgreifen wollten. Wir müssen aber gleichzeitig hervorheben, daß bei andern Kranken *Jolles* auch nach vorheriger Darreichung von Chloral negativ blieb. Nur die Annahme uns bisher unbekannter Differenzen des Chemismus vermag diese Erscheinung zu erklären. Auch *Sachs* hat gefunden, daß der Vorschlag von *Jolles* nicht mit Sicherheit die Einwirkung von Glykuronsäure ausschaltet. Somit bestand für uns kein Anlaß, für unsere Massenuntersuchungen die ungleich bequemere *Bial*sche Methode aufzugeben gegenüber der *Jolles*schen Modifikation.

Nehmen wir an, daß *Bial* mit seiner Methode sicher eine Wirkung der Glykuronsäure ausschließt, so würde es sich in unsern Fällen um eine Ausscheidung von Pentose handeln. Es sind dann drei Möglichkeiten zu unterscheiden: 1. eine vorübergehende, alimentäre, noch physiologische Pentosurie; 2. eine Pentosurie bei Diabetes bzw. Glykosurie; 3. eine konstitutionelle, dauernde, pathologische Pentosurie.

1. Pentosurie tritt auch beim völlig gesunden Menschen vorübergehend auf nach reichlichem Genuß solcher Nahrungsmittel, die große Mengen von Pentosen oder vielmehr Pentosanen enthalten. Als solche Körper kommen fast nur Vegetabilien in Betracht und von ihnen vorzugsweise Obst (Äpfel, Kirschen, Pflaumen, Heidelbeeren usw.). Bei einem Kranken, der ein gleichmäßig ruhiges Verhalten bot, sahen wir eines Tages, aber auch nur an diesem einen Tage, eine sehr starke *Bial*-Reaktion. Unser Erstaunen wich mit der Feststellung, daß der Kranke gelegentlich eines Besuchs am vorhergehenden Tage sehr viele Apfelsinen gegessen hatte. Nahrungseinflüsse glauben wir aber für die andern Kranken ausschalten zu müssen, denn alle von uns untersuchten Kranken hatten die gleiche Nahrung bekommen, gleichgültig, ob sie *Bial* boten oder nicht. Wenn nun aber nur die deprimierten Kranken *Bial* gaben, so müssen sich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doch andere Einflüsse geltend gemacht haben als die Nahrung. Auch wenn die Kranken nur wenig aßen oder tranken, nahm die Reaktion nicht erheblich ab. Sie fehlte auch dann nicht, wenn die Nahrung wesentlich aus Milch bestand, in der wir eine Muttersubstanz der Pentose kaum in großer Menge vermuten dürfen.

Der Harn bei alimentärer Pentosurie enthält rechtsdrehende l-Arabinose. Eine Ausnahme bildet der Äpfelsaft, nach dessen Einnahme eine inaktive Arabinose ausgeschieden wird, wie *von Jaksch* annimmt. So oft der Harn unserer Kranken in seinem natürlichen Zustande polarimetrisch untersucht wurde, war er optisch inaktiv, wenn er nicht Traubenzucker enthielt, und dann entsprach der Grad der Ablenkung dem Zuckergehalt. Diese Beobachtung kann aber gegen die Annahme einer alimentären Glykosurie nicht verwertet werden, weil der Gehalt an etwaigen Pentosen zu gering sein könnte, um eine deutliche Drehung des polarisierten Lichts herbeizuführen.

2. *Külz* und *Vogel* haben (wie vor kurzem auch *W. Voit*) gelegentlich bei schwerem Diabetes kleinere Mengen von Pentose im Harn gefunden, ohne daß ein Einfluß der Nahrung auf ihre Ausscheidung nachzuweisen war. Ähnliches haben sie auch bei Hunden beobachtet, die durch Pankreasexstirpation künstlich diabetisch gemacht worden waren. *von Alfthan* will sogar regelmäßig im Harn von 5 Diabetikern, die reichlich Zucker ausschieden, Pentose gefunden haben. Ein so kompetenter Kenner des Diabetes wie *von Noorden* findet, daß dies zu weit gegangen sei; nach ihm fehlt Pentosurie in leichten Fällen von Diabetes fast immer, ist aber häufig bei schweren Fällen von Diabetes. Andere Autoren halten Pentosurie bei Glykosurie für noch seltener, und *Bial* sagt geradezu, daß da, wo Pentose sich in praktisch nachweisbaren Mengen vorfindet, Traubenzucker nicht gefunden wird. Weder *Külz-Vogel* noch *Alfthan* hätten die Natur der Pentose genauer ermittelt, und wenn *Jastrowitz* bei einem Falle — übrigens dem ersten Falle konstitutioneller Pentosurie — auch Glykosurie fand, so könne diese letztere auch auf Darreichung von Morphium zurückgeführt werden. Nach alledem ist es kaum berechtigt, den die *Bial*-Reaktion verursachenden Körper in unsern Fällen nur deshalb als Pentose aufzufassen, weil er oft mit Glykosurie beobachtet wurde; hierzu liegt um so weniger Anlaß vor, als die Glykosurie in vielen Fällen eine nur unerhebliche und vorübergehende war. Um so mehr bedauern wir, daß wir den ersten Fall, bei dem wir *Bial* und auch diabetische Glykosurie fanden, aus äußeren Gründen nicht so genau haben untersuchen können, wie wir es bei seiner grundsätzlichen Bedeutung für die hier angeschnittene Frage selbst gewünscht hätten.

3. Somit war noch zu denken an die eigentliche dauernde Pentosurie. Diese ist aber auch heute noch eine relativ seltene Stoffwechselkrankheit, die so selten ist, daß *Bial* in seiner April 1907 erschienenen kleinen Arbeit über die chronische Pentosurie nur 23 sichere Fälle zusammenstellen konnte. *Jolles*, der dem Nachweis der Pentosurie



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat, fand bei etwa 3000 verschiedenen normalen und pathologischen Harnproben, die er im Laufe von 2 Jahren untersuchte, nur in 4 Fällen Pentosurie.

Es wäre aber doch außerordentlich auffallend, wenn wir bei unserm kleinen Krankenmaterial eine so große Zahl von Pentosurikern ermittelt hätten, wenn wir auch die Pentosurie vielfach nur vorübergehend beobachteten. Diese große Zahl von Pentosurikern wäre um so erstaunlicher, als sie alle übereinstimmend das Symptom der Depression boten. Gewiß hatten auch einige der in der Literatur verzeichneten Fälle von echter Pentosurie neurasthenische Beschwerden, aber auch nur einzelne; daß aber depressive Störungen überwogen, kann man nicht gerade behaupten. Bei den Fällen erblicher Pentosurie werden nervöse Störungen nicht immer mitgeteilt. Auch wir sind nicht der Ansicht, daß die Pentosurie mit der Neurasthenie in einem ursächlichen Zusammenhange steht. Der Ausdruck „neurasthenische Beschwerden" ist nicht eindeutig. Die Neurasthenie ist so verbreitet, daß sie nicht mehr als das Vorrecht der Gebildeten in Anspruch genommen werden kann. Auch wir können uns nicht dem Verdacht entziehen, daß die Neurasthenie zur Untersuchung des Urins und so zur Entdeckung der Pentosurie geführt hat. *Cassirer* und *Bamberger* haben unlängst einen Fall von doppelseitiger Cruralis-Neuritis bei einer echten, auch von *Neuberg* als solchen anerkannten Pentosurie beschrieben. Wenn auch jedes einzelne Leiden selten ist, so möchten wir doch eher ein zufälliges Zusammentreffen in diesem einen Falle als eine ursächliche Beziehung zwischen ihnen annehmen. Auch hier wird, wie in andern Fällen, das Bedürfnis einer genaueren Urinuntersuchung, die vor allem angesichts der doppelseitigen Neuritis geboten war, zu der Entdeckung der Pentosurie geführt haben. Daß es keine Klinik der Pentosurie gibt, wird übereinstimmend von allen Autoren behauptet. Freilich wird auch heute noch von manchen Autoren die konstitutionelle Pentosurie in enge Analogie zum Diabetes gesetzt, was unsern bisherigen physiologischen und klinischen Erfahrungen durchaus widerspricht.

Fassen wir diese klinischen Erfahrungen zusammen, so wird es durch sie nicht gerade wahrscheinlich gemacht, daß die von uns so oft gefundene *Bial*-Reaktion auf Pentose zurückzuführen ist.

Die bisherigen Erwägungen sind von der Voraussetzung ausgegangen, daß das *Bial*sche Reagens, wenn es genau nach der letzten, von ihm angegebenen und hier allein geübten Vorschrift verwandt wird, nur Pentose nachweist, nicht aber Glykuronsäure. Aber auch in diesem Punkte hat *Bial* Widerspruch erfahren. Man wies auf das Bedenkliche hin, das darin liegt, auf eine alleinige Farbenreaktion die Unterscheidung zweier Körper zu begründen (*Bendix*). Die Brauchbarkeit des *Bial*schen Reagens für den Pentosenachweis geht von der Voraussetzung aus, daß der Harn nicht gekocht und so eine Spaltung der Glykuronsäurepaarlinge ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mieden wird. Für die gewöhnlichen Paarlinge trifft diese Annahme zu, nicht aber für die Terpentin- und Mentholglykuronsäurepaarlinge, die sich schon spontan, wenn der Urin länger steht, (*F. Blumenthal*) zersetzen können. Aber die Anamnese der Kranken, der Geruch des Urins und seine Untersuchung in frischem Zustande lassen eine Beeinflussung der Reaktion durch diese zwei Paarlinge ausschließen. Wir kennen aber bei weitem noch nicht alle Paarlinge der Glykuronsäure und wissen nicht, ob auch diese erst bei einer 100 Grad übersteigenden Temperatur gespalten werden. Sonach fehlt es nicht an Autoren, welche der *Bial*-Probe auch in ihrer neuesten Modifikation als einem ausschließlichen Pentosereagens skeptisch gegenüberstehen. *Rosenberger* drückt sich wenigstens sehr vorsichtig aus, wenn er vom *Bial*schen Reagens wörtlich sagt, daß es „in seiner neuen Angabe auch die Differentialdiagnose (sc. der Pentose) gegen die Glykuronsäure ermöglichen soll", und wenn er von der durch *Bial* erzeugten Grünfärbung berichtet, daß sie „von Glykuronsäure (für gewöhnlich) nicht ohne Spaltung gegeben wird". *Naunyn* betonte 1906 in seinem Lehrbuch des Diabetes, daß Pentose sicher „nur durch Reindarstellung oder durch Analyse der Osazone nachgewiesen" werden könne. Nach *Neuberg*, einem der fleißigsten Bearbeiter der hier in Betracht kommenden Körper, ist eine Entscheidung über das Vorliegen von Glykuronsäure oder Pentose allein auf Grund des Ausfalls der Farbenreaktion nicht angängig.

Somit muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß die *Bial*-Reaktion auch durch Glykuronsäure, einen dem Traubenzucker chemisch und physiologisch nahe verwandten Körper, bedingt sein kann.

Der Urin enthält nach unsern bisherigen Kenntnissen die Glykuronsäure nicht als reine Säure, sondern als Paarling. Sie ist gebunden an Körper aus der aromatischen oder aliphatischen Reihe vom Charakter eines Alkohols oder Phenols. Der Organismus bedient sich der Glykuronsäure, um so Körper, die an sich für ihn giftig sind, durch ihre Bindung an Glykuronsäure unschädlich zu machen; die physiologische Bedeutung der Glykuronsäure besteht somit in ihrer entgiftenden Wirkung. Schon der normale Urin enthält Glykuronsäure, die an Phenol, Kresol, Indoxyl, Skatoxyl sowie Harnstoff (*Neuberg* und *Neimann*) gebunden ist. Doch sind die ausgeschiedenen Mengen gering, und zu ihrem Nachweis bedarf es der Verarbeitung großer Harnmengen (50 l) mit empfindlichen Methoden.

Die Bildung größerer Mengen Glykuronsäure kann primär oder sekundär sein. Im letzteren Falle würde das Primäre die vermehrte Zufuhr oder Bildung solcher Körper sein, deren Bindung durch Glykuronsäure der Körper zu seinem Schutze vollzieht.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Was die erste Möglichkeit angeht, die in der vermehrten Bildung der Glykuronsäure das Primäre sieht, so hat *P. Mayer* darauf hingewiesen, daß bei Diabetikern sich oft eine größere Menge von Glykuronsäure nachweisen läßt; bei antidiabetischen Kuren verschwindet zwar der Zucker aus dem Urin, nicht aber die Glykuronsäure. Auch bei schwerer Störung der Zirkulation oder Respiration, bei Vergiftung (Kohlenoxyd, Kurare) sowie nach Zufuhr ungewöhnlich großer Traubenzuckermengen wird öfter eine vermehrte Glykuronsäureausscheidung beobachtet. *P. Mayer* nimmt nun an, daß mangels einer hinreichenden Oxydationskraft des Organismus der Zucker nicht verbrannt, sondern abgebaut wird bis zur Glykuronsäure und eventuell weiter bis zur Oxalsäure. *P. Mayer* schließt aus seinen Beobachtungen, wenn auch mit aller Vorsicht, daß eine Vermehrung der Glykuronsäure eine diabetische Disposition wahrscheinlich machen könne; die Zunahme der Glykuronsäure zeige eine Störung des Kohlehydratstoffwechsels schon in einem frühen Stadium, schon vor der Ausscheidung des Zuckers, an.

Würde die *Mayer*sche Hypothese zu Recht bestehen, so könnte sie uns ein Verständnis eröffnen für das Auftreten der Glykuronsäure bei den Krankheiten, bei denen wir auch eine Störung des Kohlehydratstoffwechsels durch die Glykosurie nachgewiesen haben.

Aber der Diabetiker vermag Glykuronsäure ebenso zu oxydieren wie der Normale (*O. Baumgarten*). Das Fehlen der freilich recht schwierigen quantitativen Bestimmung der Glykuronsäure bei den Versuchen, von denen *Mayer* ausging, wird bemängelt. Vor allem wird darauf hingewiesen, daß die Bildung der Glykuronsäure auch beim Diabetiker ähnlichen Gesetzen unterliegt wie beim Normalen, daß sie also auch hier an das Vorhandensein der zur Bildung von Glykuronsäurepaarlingen geeigneten Körper gebunden ist. Das Auftreten solcher Körper wird durch die eiweißreiche Nahrung des Diabetikers sicher sehr erleichtert. Haben wirklich auch die Azetonkörper eine Neigung zur Vereinigung mit Glykuronsäure, so wird dadurch die *Mayer*sche Hypothese noch mehr erschüttert.

Wenn nun aber beim Diabetiker weniger die Schwefelsäure als vielmehr die Glykuronsäure zur Paarung bestimmter Körper in Anspruch genommen wird, so ist das bei der hier anzunehmenden Kohlehydratstoffwechselstörung natürlich durchaus erklärlich. *von Noorden* bezeichnete die von *P. Mayer* aufgestellte Theorie daher als zum mindesten verfrüht, und *Neuberg*, der ihr sicher wohlwollend gegenübersteht, muß doch betonen, daß bindende Beweise für die Richtigkeit der skizzierten Hypothese nicht beigebracht sind. Die Gültigkeit der *Mayer*schen Hypothese für die von uns beobachteten Fälle zu prüfen liegt aber um so weniger Anlaß vor, als die Glykosurie der Depression doch nur eine transitorische Erscheinung ist und nicht mit dem Diabetes auf eine Stufe gestellt werden kann.

2. Wie steht es denn um die sekundäre Zunahme der Glykuronsäurebildung?


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir können künstlich eine Vermehrung der Glykuronsäureausscheidung erzeugen durch Einfuhr solcher Körper, von denen wir wissen, daß sich der Organismus ihrer zu seinem Schutze entledigt durch Bindung mit der Glykuronsäure. Solche Körper sind Chloral, Kampher, Terpentin, Morphium, Antipyrin, Pyramidon u. a. Daß so die vermehrte Glykuronsäurebildung in unsern Fällen erklärt werden kann, muß ausgeschlossen werden, da eine große Zahl unserer Kranken, die deutliche *Bial*-Reaktion zeigten, keinen derjenigen Körper zu sich nahmen, von denen wir wissen, daß sie sich mit Glykuronsäure vereinigen. Fiel wirklich die *Bial*-Reaktion positiv aus bei einem Deprimierten, der Chloral erhalten hatte, so ließ sich bei demselben Kranken *Bial* nachweisen, auch wenn er längere Zeit hindurch kein Chloral mehr bekommen hatte, wenn nur die Depression noch anhielt.

Also können exogene Körper, die der Organismus durch Bindung an Glykuronsäure ihrer giftigen Eigenschaften beraubt, nicht die vermehrte Bildung von Glykuronsäure erklären. Es können vielmehr nur solche Körper als Paarlinge in Betracht kommen, die der Organismus selbst bildet. Daß solche Körper Phenol, Kresol, Indoxyl und Skatoxyl sind, darüber besteht kein Zweifel, und ebenso herrscht darüber Einigkeit, daß sie durch bakterielle Einwirkung auf Eiweiß entstehen. In erster Linie kommt der Magendarmkanal als Entstehungsort in Betracht, dann erst Abszesse, Dekubitus usw.

In einer Reihe von Fällen bestimmten wir das Indikan. Aus Mangel an Arbeitskräften mußten wir von seiner quantitativen Bestimmung absehen, uns vielmehr mit dem qualitativen Nachweis nach *Jaffe* begnügen. Je nach der Intensität der hierbei erzielten Färbung unterschieden wir, wie auch bei dem *Bial*, drei verschiedene Reaktionsgrade. Wir sind durchaus überzeugt, daß dieses Vorgehen Willkür nicht ausschließt. Es bedarf unbedingt genauer quantitativer Bestimmungen, zumal die täglich ausgeschiedene Indoxylmenge schon so wie so erheblichen Schwankungen unterliegt. Immerhin fiel uns bei den von uns untersuchten Deprimierten eine starke Indikanreaktion auf. Wurde derselbe Kranke längere Zeit untersucht, so ließ sich feststellen, daß die stärkere Indikanreaktion zeitlich ungefähr mit dem Maximum der Zuckerausscheidung und der Höhe der Erregung zusammenfiel, und daß die Reaktion abnahm mit der Glykosurie und der psychischen Erregung.

Vielfach liest man, daß der Indoxylnachweis bei Verstopfung häufig vorkomme; wolle man den Nachweis vermehrter Indoxylbil-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klinisch verwerten, so müsse für geregelte Verdauung Sorge getragen werden. Wir können bei unsern Fällen das Vorliegen einer erheblichen Obstipation, wenn auch nur mit Wahrscheinlichkeit, ausschließen; denn die Untersuchten lagen alle auf dem Wachsaal, auf dem die auch sonst geübte Kontrolle der Defäkation noch besser durchgeführt werden kann als sonst. Aber *Jaffe* hebt auch in seiner neuesten Bearbeitung der Indikanurie in Übereinstimmung mit *De Vries*, *Ortweiler* und *Nothnagel* hervor, daß die einfache Koprostase ohne mechanische Hindernisse, selbst eine solche von wochenlanger Dauer, niemals einen über die Norm vermehrten Indikanbefund erzeugt. Eine entscheidende Bedeutung mißt er Erkrankungen der Darmschleimhäute für die Indoxylurie bei. Spielt wirklich die Koprostase nicht die Rolle, die man ihr sonst vielfach zuschreibt, so dürfte es nicht immer leicht sein, den wahren Grund der vermehrten Indoxylbildung zu finden. Denn die Diagnostik der Darmkrankheiten ist trotz der fördernden Arbeiten, die uns die letzte Zeit, besonders durch *Adolf Schmidt* und seine Schüler, gebracht hat, doch noch nicht so weit gediehen, daß ihre Erkrankung in jedem Falle sicher und leicht möglich ist. Um so weniger werden wir Psychiater und Neurologen daher in der Lage sein, einwandfrei eine Darmkrankheit zu erkennen oder auszuschließen, die als eine Quelle der Indoxylbildung in Betracht kommt. In Zukunft wird man daher auf die Untersuchung der Fäzes einen sehr viel größeren Wert legen müssen, und ob man der Mitarbeit des Internisten entraten kann, erscheint mir zweifelhaft. Eine Reihe von Autoren (*Blumenthal*, *Harnack*, *Senator* u. a.) ist nun der Ansicht, daß auch im lebenden Gewebe der Abbau des Eiweißmoleküls sich so vollziehen kann, daß aromatische Körper frei werden. Aber diese Ansicht wird von vielen Autoren (*Abderhalden*, *D. Gerhardt*, *Jaffe*, *Magnus-Levy*, *F. Müller*, *Neuberg*, *Nothnagel*, *von Noorden* u. a.) lebhaft bestritten und hat gerade in letzter Zeit sehr an Geltung eingebüßt. Die als beweisend angeführten Experimente wurden mit dem Einwand bekämpft, daß die Indoxylvermehrung nicht durch quantitative Bestimmung zahlenmäßig bewiesen sei, oder daß, falls doch wirklich eine Indoxylvermehrung besteht, die allgemein angenommene Erklärung durch Eiweißfäulnis auch hier zutrifft oder doch zum mindesten nicht ausgeschlossen werden kann.

Wir würden auf diese Frage hier nicht eingehen, wenn nicht *Blumenthal*, einer der eifrigsten Verteidiger der histogenen Bildung des Indoxyls,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vor kurzem einen experimentellen Beitrag zu dieser Frage geliefert hätte, der an dieser Stelle besprochen werden muß. *Blumenthal* hat nämlich bei 17 Kaninchen den Zuckerstich gemacht. 10 der operierten Tiere bekamen Glykosurie und Indoxylurie. Nun kommt, wie *Blumenthal* in Übereinstimmung mit *Harnack* und *Rosin* hervorhebt, Indoxyl beim Kaninchen nicht vor. Um so höher ist also das Auftreten von Indoxyl nach der Operation zu bewerten, und es ist zu verstehen, wenn *Blumenthal* sagt: „Dieser Versuch scheint den Einfluß des Zentralnervensystems auf die Indoxylurie klar darzutun.“ Aber *Blumenthal* selbst hat in Gemeinschaft mit *Lewin* beobachtet, daß hungernde Kaninchen Indoxyl ausschieden. Nun haben die Tiere des *Blumenthal*schen Versuchs II und III, die nichts fraßen, eine „sehr starke“ bzw. „starke“ Indoxylreaktion sowie Zucker geboten. Die 3 Tiere des Versuchs I haben äußerst starke Indoxylreaktion und Zucker gegeben; nach der Operation waren alle 3 Tiere schwer benommen, wie lange, wird nicht angegeben, und ebensowenig, wieviel sie, die am Abend vor der Operation „etwas gefressen“ hatten, zu sich genommen hatten. Im Fall V ist die Freßlust nach der Operation ziemlich vermindert; am Tage nach der Operation ist alles — wieviel, wird nicht gesagt — aufgefressen; Indoxylreaktion ziemlich stark, kein Zucker. Beim Versuch IV deutliche, aber schwache Indoxylreaktion ohne Zucker, nachdem das Tier eine Stunde nach der Operation reichlich gefressen hatte. Danach ist doch nicht die Möglichkeit zu leugnen, daß auch bei den operierten Tieren die Indoxylurie auf die — wenn auch nur vorübergehende — Nahrungsverweigerung zurückzuführen ist.

Blumenthal selbst führt weiter aus, daß das nach Hunger entstandene Indoxyl kaum durch Darmfäulnis gebildet sein kann. „Magen und Darm waren im Stadium der Indoxylausscheidung bei einem nach 25 Stunden hungernden Kaninchen voll mit Nahrung. Es kann also nicht der Mangel an Nahrung Epithelabfälle und Fäulnis derselben Indoxylbildung hervorgerufen haben.“ Wenn er nun daraus schließt, „das Indoxyl kann kaum anders als durch Zelltätigkeit entstanden sein, als Stoffwechselprodukt des durch den Hunger alterierten Organismus“, so können wir diese Beweisführung als bindend nicht anerkennen. Weder ist der Beweis erbracht, daß Epithel nicht dennoch, trotz der Darmfüllung, in reichlicherem Maße, als es sonst der Fall ist, abgefallen ist, noch auch ist die Fäulnis des Darminhalts, vor allem der abgeschiedenen Sekrete, ausgeschlossen. Es ist ja auch gar nicht erwiesen, daß nur eine einfache, mechanische, wenn auch vielleicht zentral bedingte Verstopfung vorgelegen hat, weil wir gar nicht wissen, in welcher Weise der operative Eingriff die Zirkulations- und Sekretions- sowie Resorptionsverhältnisse des Darms beeinflußt hat. Gerade nach den *Pawlow*schen Untersuchungen ist äußerste Vorsicht bei der Abschätzung des Einflusses des Zentralnervensystems auf den Verdauungstraktus geboten.

So interessant diese Experimente *Blumenthals* auch sind, sie haben uns nicht die Überzeugung verschafft, daß durch den Zuckerstich oder


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Verletzung einer benachbarten Stelle eine histogene Indoxylbildung angeregt wird. Ebensowenig haben das aber auch die in derselben Arbeit mitgeteilten 4 klinischen Beobachtungen *Blumenthals* vermocht. Eine quantitative Bestimmung des Indoxyls fehlt. Die Mitteilungen sind auch zu kurz gehalten, als daß sie zu so weitgehenden Schlüssen berechtigen.

Wir stehen somit diesem Beweis einer nervösen Indoxylurie sehr skeptisch gegenüber.

Während wir mit diesen Indoxyluntersuchungen beschäftigt waren, erschien die Mitteilung von *Seige*[1]), der den Urin eines an zirkulärer Psychose leidenden Arztes untersuchte. Da die manischen und depressiven Zustände nur kurze Zeit dauerten und schnell aufeinander folgten, waren die Versuchsbedingungen selten günstig. Nun fand *Seige*, daß während der manischen Erregungszustände das Indikan völlig oder bis auf geringe Mengen im Urin verschwand, während in den depressiven Stadien erhebliche Mengen Indikan im Urin auftraten. *Seige* betont, daß die von ihm beobachtete Indikanurie nicht auf Magen- oder Darmstörungen zurückzuführen sei, und stützt diese Ansicht mit dem Hinweis darauf, daß eine in die Untersuchung eingeschaltete und während mehrerer Wochen hindurch fortgesetzte Karlsbader Kur nichts an diesem Indikanbefund änderte. Ist der *Jaffe*sche Standpunkt richtig, so brauchen wir die Vermeidung einer Obstipation nicht zu berücksichtigen; aber wie *Seige* selbst sagt, traten mehrmals sogar Durchfälle bei seinem Kranken auf, und dann ist doch unseres Wissens der Einfluß einer Karlsbader Kur auf den Indoxylstoffwechsel nicht genau bekannt. Es besteht doch sehr wohl die Möglichkeit, daß während der Depressionen die Magen-Darmverhältnisse so verändert werden, daß die Möglichkeit einer vermehrten Indoxylbildung geschaffen wird, ohne daß diese durch die Karlsbader Kur beseitigt wird. Daß die Angst die Darmtätigkeit beeinflußt, weiß jeder, auch das Volk, das in seiner drastischen Weise den General schildert, der niemals eine Schlacht gewinnen wird. Die ausführliche Mitteilung *Seiges* steht noch aus, und es wäre daher wohl besser gewesen, bis zu deren Erscheinen die Kritik zurückzuhalten. Aber das dürfen wir doch hervorheben, daß wir unabhängig von *Seige* und gleichzeitig mit ihm bei Depressiven eine vermehrte Indikanausscheidung gefunden haben.

[1]) Taubert hat soeben mitgeteilt, daß er bei einem Kranken mit manisch-depressivem Irresein jede manische Erregung von einer stark gesteigerten Indikanausscheidung begleitet sah.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sehr eingehend hat sich *Kauffmann* in seinen interessanten Studien über die Stoffwechselpathologie bei progressiver Paralyse und Epilepsie mit der nervösen Indikanurie beschäftigt. Er steht ihr sehr sympathisch gegenüber. Auf Grund seiner Ergebnisse hatte er eine solche bereits angenommen, bevor er die *Blumenthal*sche Arbeit kannte. Es würde zu weit führen, auch zu seinen Ausführungen Stellung zu nehmen. Obwohl *Kauffmann* umsichtig angeordnete Versuche angestellt hat, obwohl er hinweist auf eine ganz vorübergehende Indoxylurie kurz vor dem epileptischen Anfall, so ist damit jeder Einwand noch nicht beseitigt.

Daß es eine nervöse Indoxylurie geben kann, mag sein, aber sie ist noch nicht sicher bewiesen, und so lange ist es berechtigt, an dem Dogma der Indoxylentstehung aus Eiweißfäulnis festzuhalten, ohne daß wir befürchten müssen, daß die Psychiatrie zu einer „Kopropsychiatrie“ hinabsinkt, da unseres Erachtens die Indoxylbildung nur eine sekundäre Folge der Psychose ist.

Jedenfalls verdienen die Indoxylverhältnisse der Geisteskranken, insbesondere der Depressiven, auch weiterhin eine genaue Beachtung. Eine quantitative Bestimmung, die sich ja auch bei *Kauffmann* und *Seige* findet, ist unerläßlich notwendig, und weil diese bei unsern Versuchen fehlt, müssen wir auch auf die weitere Verwertung der von uns erhobenen Indikanbefunde verzichten. Wird tatsächlich von Deprimierten Indoxyl in größerer Menge als von Normalen ausgeschieden, und wird *Bial* durch Glykuronsäure bedingt [1]), so ist vermehrte Glykuronsäureausscheidung ohne weiteres erklärlich.

Wir müssen noch hervorheben, daß *Kauffmann* nicht nur bei Delirium tremens, sondern auch bei Angstzuständen der Paralytiker sowie bei solchen der Frauen im Klimakterium eine vermehrte Glykuronausscheidung gefunden hat. Würde *Bial* auf Glykuronsäure zu beziehen sein, so würden unsere Befunde die *Kauffmann*schen Beobachtungen nicht nur bestätigen, sondern auch erweitern. Bei der geringen Konzentration der von uns untersuchten Urine waren wir nicht in der glücklichen Lage, gleich ihm Glykuronsäure durch Umkehrung der ursprünglichen Linksdrehung in eine Rechtsdrehung nach Kochen in verdünnter Schwefelsäure nachzuweisen. Wie *Kauffmann*

---

[1]) Die naheliegende Frage, welche Beziehungen zwischen dem Säure- und Basengehalt des Urins und dem hier erörterten psychischen Verhalten bestehen, wird Dr. *K.* in einer weiteren Arbeit demnächst besprechen.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in seinen Untersuchungen an Alkoholdeliranten auseinandersetzt, glaubt er, wiewohl er Paarlinge mit Azeton und Azetessigsäure, vor allem mit Indoxyl, zugibt, an eine primäre Vermehrung der Glykuronsäurebildung und beruft sich unter Annahme der oben abgelehnten *Mayer*schen Hypothese darauf, daß die Eingabe von Trauben- und Fruchtzucker das Auftreten von Glykuronsäure bewirkt und trotz reichlicher Indoxylurie sich häufig keine Glykosurie findet. Heben wir noch hervor, daß *Alt* und *Hoppe* in einem Falle von Depression bei *Basedow* sowohl Glykuronsäure wie Pentose gefunden haben — genauere Einzelheiten enthält die uns zur Verfügung stehende Arbeit von *Alt* nicht —, so glauben wir die psychiatrischen Arbeiten erwähnt zu haben, die sich auf Glykuronsäure beziehen.

Bisher ist nur angenommen worden, daß, falls die *Bial*-Probe durch Glykuronsäure hervorgerufen wird, vor allem Indoxylsäurepaarlinge in Betracht kommen. Aber es muß die Möglichkeit hervorgehoben werden, daß noch andere Paarlinge eine Rolle spielen; denn unsere Kenntnisse über die Glykuronsäure sind, wie schon mehrfach hervorgehoben worden ist, durchaus nicht als abgeschlossen zu betrachten.

Bisher ist vorausgesetzt, daß die auf Orzinwirkung zurückzuführende *Bial*-Reaktion entweder Glykuronsäure oder Pentose nachweist. Freilich geben nach *Neuberg* auch die Zucker mit drei Kohlenstoffatomen und nach *Wohlgemuth* Heptosen ähnliche Farbenreaktionen. Wenn auch diese Möglichkeit besteht, können wir diese Frage bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse und der Schwierigkeit des Nachweises dieser Körper nicht weiter erörtern. Daß noch weitere, bisher uns unbekannte Körper die Reaktion bedingen sollten, ist eine Annahme, die nach den zahlreichen, mit dem *Bial*-Reagens bis heute vorgenommenen Untersuchungen nicht gerade wahrscheinlich ist.

Vom rein physiologischen Standpunkte aus erscheint es also durchaus annehmbar, daß *Bial* durch Glykuronsäure in unsern Fällen bedingt war. Die Glykuronsäure ist ein Körper, der schon dem normalen Organismus nicht fremd ist, dessen Auftreten bei Glykosurie nicht auffällt, und dessen Vermehrung bei Depressionszuständen im Hinblick auf die Indikanbefunde eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat. Aber derartige physiologische Erwägungen dürfen nicht ausschlaggebend sein für die Entscheidung der Frage, ob die *Bial*-Reaktion auf Pentose oder



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glykuronsäure bezogen werden darf. Eine Entscheidung kann nur die chemische Untersuchung geben, die hier ebenfalls vorgenommen worden ist (Dr. *K.*).

Der zweifelhafte, reduzierende Körper wurde zunächst für Pentose gehalten. 3 ccm des betreffenden Harnes mit 5 ccm Cl H und einer Messerspitze reinsten Orzins erhitzt färben sich dunkelgrün. Der Amylalkoholauszug der Flüssigkeit zeigte im Spektrum einen Absorptionsstreifen zwischen *C* und *D*.

Der Harn ergab auch die *Tollens-Salkowski*sche Phlorogluzinreaktion in gleicher Stärke wie an parallel untersuchten echten Pentoseharnen.

Die Reaktion verschwand auch nicht nach der Vergärung. Sie blieb nur dann aus, wenn die Orzin- und Phlorogluzinpräparate nicht ganz rein waren, was bei den meisten der uns zugänglichen Präparate zunächst der Fall war.

Die Bemühungen, nach *Bials* Vorschrift uns fertige Orzinsalzsäurelösungen herzustellen, die durch Eisenchlorid verschärft waren, schlugen alle fehl; auch bei Befolgung der Rezepte von *Eschbaum* und *Kraft*. Wir wandten uns daher dem käuflichen Originalreagens von *Bial* zu. Die Mängel der *Jolles*schen Methode wurden schon (S. 806) besprochen.

Es wurden nun aus einer größeren, vorher vergorenen Menge *Bial*-Urin die Osazone dargestellt und das erhaltene Produkt durch Umkristallisieren aus mit Wasser verdünntem Pyridin zu reinigen versucht. Einigemal wurden sehr feine, büschelartig angeordnete Nadeln erhalten, die in ihrem Aussehen gleichzeitig dargestellten echten Arabinosazonen sehr glichen. Daneben fand sich aber immer eine große Anzahl amorpher Gebilde. Sowohl die Bestimmung des Schmelzpunktes wie die des Stickstoffgehaltes ergab regelmäßig so abweichende Werte, daß reine Pentosazone keinesfalls vorlagen. Das Resultat wurde auch nicht besser, als nur der in Wasser von 60 ° lösliche Teil der Osazone untersucht wurde.

Es lag nahe, anzunehmen, daß hier gar nicht Pentose, sondern Glykuronsäure die Reaktion verursachte. Verdächtig war ja auch, daß sich durch Kochen des *Bial*schen Reagens mit Harn fast immer die grüne Farbe sehr verstärken ließ.

Jüngst hat *B. Tollens* eine Farbenreaktion beschrieben, die eindeutig nur Glykuronsäure beweisen soll. 5 ccm Harn werden mit 5 ccm konzentrierter Salzsäure und 0,5 ccm 1prozentiger p-Naphthoresorzinlösung bis zum Kochen erhitzt und eine Minute lang über kleiner Flamme weiter gekocht. Dann wird 4 Minuten lang gewartet und nun das Gas in fließendem Wasser abgekühlt; Ausschütteln der Flüssigkeit mit der gleichen Menge Äther, der bei Anwesenheit von Glykuronsäure eine schöne violette bis dunkelblaue Färbung annimmt. In der Tat gaben *Bial*-Urine die *Tollens*sche Reaktion, während sie bei andern Urinen ausblieb. Indes zeigte doch kein *Bial*-Harn die Reaktion so stark wie die Chloralharne, die keine *Bial*-Reaktion ergaben. Reine Pentoselösungen (geprüft wurden

Lösungen von Arabinose, Rhamnose, Xylose) gaben die Reaktion nicht. Nach *Neuberg* wird aber auch diese Reaktion nicht bloß durch Glykuronsäure hervorgerufen.

Beim Einengen der Harne wurde die *Tollens*sche Reaktion zunächst schwächer und schwächer und verschwand schließlich ganz. Verdünnte man dann den Urin wieder auf das ursprüngliche Volumen, so erschien die Reaktion sonderbarerweise wieder in der alten Stärke.

Leider zeigte sich, daß die *Bial*-Reaktion beim Einengen ebenfalls schwächer wurde, wenn sie auch nicht ganz verschwand. Dafür war sie aber durch Verdünnen des Harnes nicht wieder zur alten Stärke zu erwecken. Das trat auch ein, wenn beim Einengen im Vakuum eine Temperatur von 36 ° nicht überschritten wurde.

Daß die Urine in der Tat Glykuronsäure enthielten, wurde auf folgende Weise sichergestellt:

10 l *Bial*-Urin wurden auf dem Wasserbade bis zur Sirupkonsistenz eingedampft. Der Rückstand wurde nach Ansäuern mit SO_4H_2 mit Alkoholäther ausgeschüttelt, dieser verjagt, die wässerige Lösung des Rückstandes mit neutralem Bleiazetat ausgefällt, das Filtrat mit basischem Bleiazetat behandelt, der sich bildende Niederschlag getrocknet, gepulvert, in Wasser aufgeschwemmt und unter Erhitzen durch H_2S zerlegt. Das Filtrat wurde von dem überschüssigen H_2S durch Einleiten von Luft befreit. So wurde eine klare Flüssigkeit gewonnen, die, polarisiert, 0,197 ° nach links drehte, reduzierte, *Bial*- und *Tollens*sche Reaktion ergab. 320 ccm dieser Flüssigkeit wurden nun mit Schwefelsäure (bis zu 5 %) 2 Stunden lang gekocht. Leider zeigte sich dabei wieder, daß die *Bial*-Reaktion anstatt zuzunehmen, allmählich ganz verloren ging und erst gegen Ende des Kochens, als die H_2SO_4 - Konzentration am höchsten war, zurückkehrte. Vermutlich waren die Körper, die den ursprünglichen *Bial* gegeben hatten, zerstört und die neue Reaktion durch Sprengung sehr fester Glykuronsäurepaarlinge erzeugt worden. Nach Beendigung des Kochens waren 125 ccm Flüssigkeit vorhanden, die neutralisiert und wiederum der Zirkumpolarisation unterworfen wurden. Es fand sich eine Rechtsdrehung von 0,12 °. Aus der Flüssigkeit wurde nun die Bromphenylhydrazinverbindung dargestellt, die mit absolutem Alkohol gewaschen, aus 60 prozentigem Alkohol mehrfach umkristallisiert, schließlich aus einer Pyridinlösung mit Ligroin ausgefällt wurde. Das erhaltene Produkt wog getrocknet 0,104 g, drehte in 4 ccm Pyridin und 6 ccm absoluten Alkohols gelöst 2 ° 34 ′ nach links, zeigte einen Schmelzpunkt von 231 °. Daß das p-Bromphenylhydrazon der Glykuronsäure vorlag, kann also nicht bezweifelt werden. Leider ist es, wie betont, mehr als zweifelhaft, daß die Muttersubstanz dieser Verbindung auch die Ursache der *Bial*-Reaktion gewesen ist.

Das Resultat war bei Wiederholung der Versuche kein besseres. Leider mißlang auch die Reindarstellung der Glykuronsäurepaarlinge über das Barytsalz hin, was wohl für die Urochloralsäure möglich war.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kurz, es handelt sich um schwer zugängliche, gegen alle energischen Operationen sehr empfindliche Körper. Reine Pentoselösungen werden beim Erhitzen mit Säure übrigens auch sehr rasch zersetzt, wie festgestellt werden konnte. Ob Glykuronsäuren wirklich so beständig sind, wie die Lehrbücher annehmen, erscheint somit nach diesen Erfahrungen ebenfalls zweifelhaft.

B. Tollens hat mit *Lefèvre* neuerdings eine Methode angegeben, um Glykuronsäure und Pentose in Gemischen quantitativ jede für sich zu bestimmen. Es handelt sich dabei um eine quantitative Zerlegung der Glykuronsäuren in Furfurol und Kohlensäure, der Pentosen in Furfurol durch Salzsäuredestillation. Indes scheiterte die Übertragung der Methode auf den Harn an der Schwierigkeit, alle Körper, die, mit H Cl gekocht, CO_2 abspalten, aus dem Harn zu entfernen, ohne Glykuronsäure und Pentose mit zu vertreiben[1]).

Die chemischen Untersuchungen haben keine sichere Entscheidung darüber gebracht, ob Glykuronsäure oder Pentosen die *Bial*-Reaktion bedingen. Die Lösung dieser Aufgabe scheiterte an der Schwierigkeit, im Urin kleine Mengen Glykuronsäure oder Pentose mit Sicherheit nachzuweisen. Diese Schwierigkeit wird von allen Fachleuten, die sich gerade mit dieser Frage beschäftigt haben, übereinstimmend anerkannt, ja es wird sogar die Unmöglichkeit hervorgehoben, mit den heutigen Methoden mit Sicherheit kleine Mengen der genannten Substanzen nachzuweisen.

Wir haben uns daher mit diesem Abschluß der Arbeit begnügen zu können geglaubt. Immerhin dürfte die Annahme etwas für sich haben, daß bei dem Zustandekommen der *Bial*-Reaktion in unsern Fällen Glykuronsäurepaarlinge eine Rolle spielten.

Man könnte fragen, ob in den Urinen kein anderes linksdrehendes Kohlehydrat vorhanden war, etwa Lävulose. Wir fanden sie bestimmt nur in den Fällen, wo wir Lävulose mit der Nahrung gereicht hatten; sonst erhielten wir nie eine typische *Seliwanoff*sche Reaktion. Einigemal trat schon beim bloßen Erwärmen mit HCl Rotfärbung auf.

Es liegt nahe, den Schwierigkeiten, jedes einzelne Kohlehydrat im Urin quantitativ und qualitativ zu bestimmen, durch eine Bestimmung der Gesamtkohlehydrate aus dem Wege zu gehen. Gegen die titrimetrischen Methoden besteht das Bedenken, daß sie durchweg auf Reduktionsprozessen beruhen, die bei den *Bial*-Körpern offenbar

[1]) Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß *C. Tollens* kürzlich eine Methode angegeben hat, um die Glykuronsäure im Urine mit der Furfurol-Salzsäuredestillation quantitativ zu bestimmen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr verzögert abliefen. Einwandfreier erscheint dagegen die kolorimetrische Bestimmung der Kohlehydrate nach *von Udránszky*, die allerdings peinlich sauberes Arbeiten voraussetzt. Das Verfahren, das bei Anstellung der Methode hier (Dr. *K.*) angewandt wurde, war folgendes:

Je eine polarimetrisch kontrollierte Traubenzuckerlösung vom Gehalte von 0,01 %, 0,02 %, 0,03 % usw. bis 0,1 % wurden vorrätig gehalten. Von jeder Lösung wurde ein Tropfen mit ½ ccm Aqu. dest. verdünnt. Diese Lösung wurde mit einem Tropfen einer 10 prozentigen Lösung von α-Naphthol in acetonfreiem Metylalkohol versetzt, dann 1 ccm konzentrierte SO_4H_2 hinzugefügt. Beim Umschütteln tritt Rosafärbung auf, die bei starkem Zuckergehalt progressiv zunimmt. Dabei wird vorausgesetzt, daß man die Reaktion in kleinen, dünnen Reagenzgläsern von genau gleichem Durchmesser anstellt, absolut reine Reagenzien verbraucht, für jede Flüssigkeit eine besondere Pipette verwendet, darauf achtet, daß die Tropfen immer gleich groß bleiben und die Reagenzien immer in der gleichen Reihenfolge zusammengefügt werden. Die verwandten Gläser müssen absolut sauber sein; es dürfen an den Wänden auch keine Papier- und Tuchfasern mehr haften. Diese Testreihe wird alle 3 Tage aus den Stammlösungen erneuert und in der Zwischenzeit im Dunkeln aufbewahrt; sie verändert inzwischen ihre Farbe nicht. Die zu untersuchenden Urine werden nun mit Aqu. dest. genau auf das Zehnfache verdünnt. Mit einem Tropfen dieser Verdünnung wird in einem Reagenzgläschen von genau denselben Dimensionen wie den Testgläsern das gleiche Verfahren angestellt wie mit den Zuckerlösungen. Das entstehende Rot vergleicht man mit der Farbenskala der Teströhrchen. Der Kohlehydratgehalt der Urinverdünnung ist gleich dem Traubenzuckergehalt des Röhrchens, das die gleiche Farbe hat, der Kohlehydratgehalt des Urins gleich dem Zehnfachen, und zwar in Traubenzuckerprozenten.

Die mit dieser Methode hier erhaltenen Werte gingen immer deutlich parallel mit der Stärke der *Bial*-Reaktion und dem Traubenzuckergehalt, unter den sie nie sanken. Wenn keine *Bial*-Reaktion vorhanden, kein Traubenzucker nachweisbar, *Worm-Müller* negativ war, ergab auch *Udránszky* keinen positiven Ausfall. Die bisher mit der Methode ausgeführten Untersuchungsreihen berechtigen, für fortlaufende quantitative Bestimmung der gesamten Kohlehydratausscheidung psychisch Kranker dieses Verfahren besonders zu empfehlen.

Wir kommen somit auf Grund unserer Untersuchungen zu folgendem Ergebnis:

Untersucht man den Harn Geisteskranker des öfteren mit empfindlichen Methoden auf Zucker, so findet man häufig bei Depressions- und Angstzuständen eine Glykosurie, die oft genug in ihrer Stärke mit der der psychischen Störungen gleichen Schritt hält und mit deren



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abklingen wieder verschwindet. Die Glykosurie ist wahrscheinlich eine Folge, nicht Ursache dieser psychischen Störungen und im wesentlichen als eine Glykosurie alimentären Ursprungs (e nutrimentis) aufzufassen. Die Glykosurie ist nur von symptomatischer Bedeutung, da sie sich bei allen depressiven Störungen findet, gleichgültig, zu welcher Grundkrankheit sie gehören. Die Kenntnis dieser Glykosurie ist von praktischer Bedeutung, da sie die unberechtigte Annahme von Diabetes verhütet und, mit der gebotenen Vorsicht angewandt, die Erkenntnis krankhafter gemütlicher Störungen erleichtert.

Die *Bial*-Reaktion ließ sich bei Geisteskranken unter ähnlichen Voraussetzungen wie die Glykosurie nachweisen, also bei depressiven und ängstlichen Störungen, gleichgültig, zu welchem Krankheitsbilde diese gehörten. Die Reaktion nahm ab und verschwand meist mit Abklingen der Reaktion. *Bial* hält sein Reagens für ein absolut eindeutiges Pentosereagens; dieser Annahme wird von berufener Seite widersprochen. Es mußte daher untersucht werden, ob die gefundene *Bial*-Reaktion auf Pentosen oder Glykuronsäurepaarlinge zurückzufüren ist. Weder auf Grund physiologischer Erwägungen, noch durch rein chemische Untersuchungen war eine sichere Entscheidung hierüber zu gewinnen. Immerhin ist es wahrscheinlich, daß Glycuronsäurepaarlinge eine Rolle bei dem Zustandekommen der Reaktion spielen, ohne daß eine nervöse Indoxylurie angenommen werden muß.

Versuchsprotokolle:

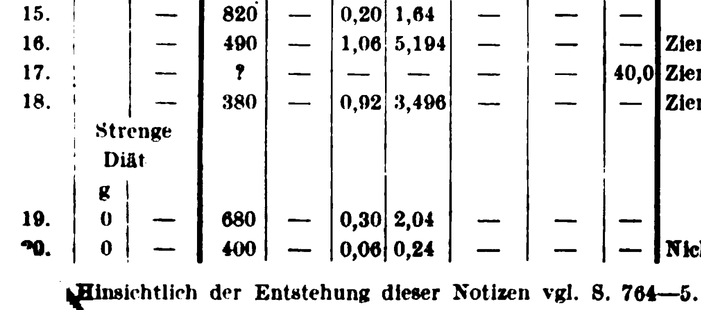
A., 42 jährige Frau. Heredität unbekannt. Stets abnorme Persönlichkeit gewesen, reizbar, hochfahrend, aber klug und fleißig. Seit Mai 1907 zum ersten Male krank, glaubte, ohne Grund, gravide zu sein, machte sich Sorgen über die vielen Kinder, wurde nachlässig, verweigerte die Nahrung. Machte Abtreibungsversuche, die ihr dann wieder Nahrung zu neuen depressiven Wahnvorstellungen gaben. Seit 28. August 1907 in der Klinik. Keine neurologischen Symptome. Bis Mitte Februar 1908 ständig in tiefster Depression, weinte viel, hielt sich und ihre Familie für verloren, äußerte oft ganz abenteuerliche nihilistische Vorstellungen, abstinierte vielfach, kam körperlich sehr herunter. Von Mitte Februar bis etwa Mitte März weitgehende Remission, aß gut, nahm körperlich zu, ging viel spazieren, klagte wenig. Mitte März trat wieder Verstimmung ein, die zunehmend tiefer wurde. Seither bietet sie dauernd das oben geschilderte Bild, macht insbesondere häufig Nahrungsschwierigkeiten, ist enorm abgemagert, erlitt wiederholt bedrohliche Kollapsanfälle. Bemerkenswert ist noch, daß die Kranke in den letzten Monaten große


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssigkeit	Harnmenge	Spez. Gewicht	% Zukker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Körper-Gew. kg	Psychisches Verhalten[1]) (tags)	Psychisches Verhalten[1]) (nachts)
1907 Okt.											
29.	—	—	—	—	0,18	—	—	—	46,0	Weinte sehr, daß der liebe Gott ihr solch schweres Leiden auferlegt hätte.	
30.	—	—	—	—	0,14	—	—	—	—		
31.	—	—	850	—	0,43	3,655	—	—	—	Weinte viel, aß wenig.	
Nov.											
1.	—	—	785	—	0,28	2,198	—	—	—	Weinte viel, aß gut.	
2.	Gewöhnliche Diät, Nahrung nicht abgewogen.	—	550	—	0,22	1,21	—	—	—		
3.			350	—	0,30	1,05	—	—	—		
4.		—	300	—	0,28	0,84	—	—	47,0		
5.		—	550	—	0,24	1,32	—	—	—	Jammerte, wenn sie doch erst tot wäre.	Schlief wenig, sie könne keine Luft kriegen.
6.		—	750	—	0,22	1,65	—	—	—	Sagte, man solle sie doch sterben lassen.	
7.		—	650	—	0,24	1,56	—	—	—	Meinte, sie müsse die Sünden der ganzen Familie tragen.	
8.		—	550	—	0,28	1,54	—	—	—	Wollte etwas haben, daß sie doch sterben könne.	Jammerte.
9.		—	490	—	0,34	1,666	—	—	—		Jammerte und weinte.
10.		—	500	—	0,32	1,6	—	—	—	Weinte, jammerte und stöhnte viel.	
11.		—	1250	—	0,38	4,75	—	—	46,1		Weinte und stöhnte, sie müsse die Sünden der ganzen Welt tragen, Gott verstoße sie.
12.		—	485	—	0,28	1,358	—	—	—	Sagte, sie würde nicht wieder gesund, und sterben könne sie nicht.	„Was habe ich für Unruhe, ich soll verbrannt werden, weshalb bin ich geboren?“
13.		—	1060	—	0,22	2,332	—	—	—		
14.		—	590	—	0,26	1,534	—	—	—		
15.		—	670	—	0,14	0,938	—	—	—		
16.		—	510	—	0,40	2,04	—	—	—	Glaubte, ihre Kinder würden hier von den Ärzten ermordet und zerfleischt.	Sehr erregt.
17.		—	910	—	0,34	3,094	—	—	—		Nicht geschlafen, sie müsse zu ihren geschlachteten Kindern.
18.		—	850	—	0,38	3,23	—	—	45,4		Schlief wenig.
19.		—	760	—	0,36	2,736	—	—	—		Jammerte die ganze Nacht.
20.		—	620	—	0,56	3,472	—	—	—		Nicht geschlafen, sie müsse alle Sünden der Welt ewig tragen.
21.		—	780	—	0,38	2,964	—	—	—		Nicht geschlafen.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

22.	Gewöhnliche Kost, Nahrung nicht abgewogen.	—	640	—	0,24	1,536	—	—	—		Klagte, sie und ihre Kinder müßten die Sünden der ganzen Welt tragen.
23.		—	350	—	0,60	2,1	—	—	—	Schrie sehr laut.	Lachte und sang.
24.		—	300	—	0,20	0,6	—	—	—	„Ach Gott, der Arzt hat meine Kinder ermordet."	„Ich muß hier liegen und alle Schmerzen der Welt tragen."
25.		—	440	—	1,06	4,664	—	—	43,5	„Mein Fleisch und meine Knochen sind schon verfault."	Jammerte am Abend.
26.		—	460	—	0,88	4,048	—	—	—		Sagte, sie fände keine Ruhe.
27.		—	380	—	0,69	2,622	—	—	—		
28.		—	400	—	0,44	1,76	—	—	—		
29.		—	310	—	0,86	2,666	—	—	—	„Ihr wollt mich schlachten, verbrennen wollt Ihr mich."	
30.			300	—	0,44	1,32	—	—	—	Meinte, was Fr. Brandenburg aushuste, würde bei ihr zu Würmern.	„Der Teufel ist schon mit im Spiel."
Dez.											
1.		—	350	—	0,76	2,66	—	—	—		
2.		—	510	—	0,71	3,621	—	—	—		
3.		—	480	—	0,76	3,648	—	—	41,9		
4.		—	?	—	?	?	—	—	—	„Schließt mir die Tür auf, er hat mich gerufen, ich will ins Wasser gehen."	Kam oft aus dem Bett heraus.
5.		—	490	—	0,52	2,548	—	—	—	Jammerte, sie wolle hinaus.	
6.		—	?	—	?	?	—	—	—	Schrie: „Das Licht fällt herunter."	Schlief gut.
7.		—	680	—	1,02	6,936	—	—	—	Wollte nicht essen, sie dürfe es nicht.	„Ich verbrenne."
8.		—	200	—	0,88	1,76	—	—	—		
9.		—	300	—	0,68	2,04	—	—	—	Jammerte, wenn sie nur nichts gegessen hätte.	
10.		—	750	—	0,46	3,45	—	—	40,3		
11.		—	230	—	0,32	0,736	—	—	—	Nichts gegessen.	
12.		—	560	—	0,48	2,688	—	—	—	Nur einen Becher Milch getrunken.	
13.		—	260	—	0,24	0,624	—	—	—	Nichts gegessen und getrunken.	
14.		—	?	—	?	?	—	—	—	Nichts gegessen.	
15.		—	820	—	0,20	1,64	—	—	—		
16.		—	490	—	1,06	5,194	—	—	—	Ziemlich gut gegessen.	
17.		—	?	—	—	—	—	—	40,0	Ziemlich gut gegessen.	
18.		—	380	—	0,92	3,496	—	—	—	Ziemlich gut gegessen.	
	Strenge Diät g										
19.	0	—	680	—	0,30	2,04	—	—	—		
20.	0	—	400	—	0,06	0,24	—	—	—	Nichts gegessen.	



Hinsichtlich der Entstehung dieser Notizen vgl. S. 764—5.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssigkeit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten[1]) (tags)	Psychisches Verhalten[1]) (nachts)
1907	g										
Dez.											
21.	0	—	320	—	0,02	0,064	—	—	39,5	Bat, man möge ihr doch von dem andern Essen geben.	
22.	0	—	480	—	0,00	0,0	—	—	—	Bat, man möge ihr doch etwas von dem Brot geben.	
23.	0	—	420	—	0,02	0,08	—	—	—		
24.	0	—	830	—	0,00	0,0	—	—	—	Weinte, daß sie nichts zu essen kriegte.	
25.	15	—	380	—	0,10	0,38	—	—	—	do.	
26.	15	—	420	—	0,12	0,504	—	—	—	Jammerte, kam an den Tisch, wollte sich etwas zu essen nehmen.	Jammerte viel.
27.	15	—	310	—	0,06	0,186	—	—	—	Lag ruhig im Bett.	
28.	15	—	410	—	0,08	0,328	—	—	39,1		
29.	15	—	440	—	0,06	0,264	—	—	—	Meinte, bei dieser Kost müsse sie verhungern.	
30.	15	—	290	—	0,06	0,174	—	—	—		
31.	15	—	450	—	0,08	0,36	—	—	—		
1908											
Jan.											
1.	30	—	—	—	—	—	—	—	—	Weinte viel.	
2.	30	—	850	—	0,44	3,74	—	—	—	Lag ruhig.	
3.	30	—	—	—	—	—	—	—	—		
4.	30	—	300	—	0,20	0,6	—	—	—		
5.	30	—	260	—	0,28	0,728	—	—	—	Meinte, bei dem Essen müßte sie verhungern.	
6.	30	—	285	—	0,16	0,456	—	—	—		
7.	50	—	—	—	0,26	—	—	—	38,5		
8.	50	—	430	—	0,18	0,774	—	—	—	Weinte viel.	
9.	50	—	710	—	0,22	1,562	—	—	—	Weinte sehr laut.	
10.	50	—	500	—	0,24	1,2	—	—	—	Schrie sehr laut.	
11.	50	—	320	—	0,18	0,576	—	—	—	Stöhnte viel.	
12.	50	—	410	—	0,20	0,82	—	—	—	Stöhnte und weinte viel.	
13.	35	—	310	—	0,18	0,558	—	—	37,4	Weinte und jammerte viel.	
14.	35	—	280	—	0,16	0,448	—	—	—	Schrie sehr laut.	
15.	0	—	240	—	0,02	0,048	—	—	—	Weinte viel.	
16.	0		220	—	0,01	0,022	—	—	—	Weinte und jammerte viel.	
17.	35		340		0,10	0,34	—	—	—	Weinte und jammerte.	

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

18.	35	—	410	—	—	—	—	—	—		
19.	0	—	280	—	0,54	1,512	—	—	—		
20.	Volle	Kost	200	—	0,48	0,96	—	—	36,1		
21.		—	540	—	1,66	8,964	—	—	—	Weinte viel, gut gegessen.	
22.	(Kohlehydrat nicht bestimmt)	—	480	—	0,42	2,016	—	—	—	Ziemlich ruhig.	„Alle hier im Hause sind schuld an meinem Unglück, alles ist vergiftet.“
23.		—	210	—	0,12	0,252	—	—	—	Stöhnte und jammerte laut.	Schlief wenig, klagte, die Last und die Angst wäre nicht auszuhalten.
24.		—	340	—	3,50	11,9	—	—	—	Lag ruhig.	
25.		—	260	—	1,08	2,808	—	—	—	Ruhig.	Jammerte viel.
26.		—	490	—	2,00	9,8	—	—	—	Unruhig, klagte, sie müsse alle Sünden der Welt tragen.	
27.	125	1250	560	1025	1,68	9,408	+	—	37,0	Jammerte zeitweilig.	
28.	300	830	850	1020	1,08	9,18	0	—	—	Ruhig.	
29.	195	1000	560	1015	0,64	3,584	0	—	—	Ruhig.	
30.	108	1500	500	1020	0,22	1,1	+	—	—	Klagte, auf ihr wären alle Krankheiten gehäuft.	
31.	120	1000	850	1018	0,32	2,72	+ +	—	—		
Febr.											
1.	130	1000	940	1020	0,36	3,384	0	—	—		
2.	180	1500	860	1015	0,38	3,268	0	—	—		
3.	220	1500	180	—	—	?	0	—	—		
4.	255	1500	740	—	—	?	+	—	—	Todesfurcht.	
5.	210	1500	1600	—	0,08	1,28	0	—	39		
6.	210	1500	600	—	0,18	1,08	0	—	—		
7.	200	1500	910	1010	0,38	3,458	0	—	—		
8.	135	1500	1860	1010	—	0,0	+	—	—		
9.	195	1500	1850	1005	—	0,0	0	—	—		
10.	235	1500	1920	1010	—	0,0	+	—	—	Ruhig.	Schlief gut.
11.	180	1500	1840	1005	—	0,0	0	—	41,0	do.	do.
12.	255	1500	2200	1015	—	0,0	0	—	—	do.	do.
13.	165	1500	1480	1015	—	0,0	0	—	—	do.	do.
14.	150	1500	1100	1015	—	0,0	0	—	—	do.	do.
15.	—	—	1010	1008	—	—	—	—	—	2 Stunden außer Bett.	do.
16.	137	1500	1010	1008	—	0,0	0	—	—	2 Stunden außer Bett, ruhig.	do.
17.	265	1500	1040	1016	—	0,0	0	—	40,0	Saß still im Saal.	do.
18.	210	1500	1030	1010	—	0,0	0	—	—	Ruhig, außer dem Bett.	
19.	255	1500	1890	1010	—	0,0	0	—	—	Ruhig, außer dem Bett.	

Vom 19. Februar bis 5. März auffallende Besserung des psychischen Befindens. Fast täglich außer Bett. Bei guter Nahrungsaufnahme und gemischter Kost keine Zucker-Ausscheidung.



*) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten[1]) (tags)	Psychisches Verhalten[1]) (nachts)
1908 März											
6.	—	—	870	1014	0	0,0	0 ?	—	—	Steht seit dem 2. März nicht mehr auf. Jammert wieder.	
7.	190	500	740	1016	0	0,0	0 ?	—	—		
8.	135	500	590	1018	0	0,0	+	—	—		
9.	190	1000	340	1016	0	0,0	+++	—	36,2		Jammert noch um 11 Uhr.
10.	40	100	670	1014	0	0,0	+++	—	—		
11.	215	1500	540	1016	0	0,0	+++	—	—		
12.	285	1500	490	1020	0,16	0,784	+	—	—		
13.	285	1500	1200	1024	0,20	2,4	0	—	—		
14.	230	1500	1250	1014	0,08	1,000	+	—	—	Erregt.	
15.	210	1500	900	1016	0,12	0,08	+	—	—	Jammert wenn sie essen soll, es würde ihr nachher schlecht ergehen.	
16.	265	1500	2200	1016	0,14	3,08	+	—	40,0	Vergiftungsideen.	
17.	285	1500	1360	1020	0,24	3,264	+	—	—	Sehr erregt.	
18.	225	1500	1500	1020	0,18	2,7	+	—	—	Stöhnt leise vor sich hin.	Viel gejammert.
19.	285	1500	1320	1018	0,16	2,112	+	—	—	Jammert viel.	
20.	285	1500	1340	1010	0,12	1,608	+	—	—		
21.	225	1500	1040	1020	0,14	1,456	+	—	—		
22.	285	1500	1180	1020	0,10	1,18	+	—	—	Will nicht essen, jammert, es täte so weh.	
23.	285	1500	1080	1020	0,16	1,728	+	—	41,0	Todesfurcht.	
24.	285	1500	1320	1020	0,04	0,528	+	—	—	Ruhig.	
25.	140	1500	660	1020	0,02	0,132	0	—	—	Will nicht essen, weil es so weh tut.	
26.	285	1500	500	1022	0,06	0,3	0	—	—	Schrie ,,Macht mich doch tot, es nützt ja doch nichts."	
27.	90	1000	440	1020	0,10	0,44	0	—	—	Weinte viel.	
28.	210	1500	520	1018	0,06	0,312	0	—	—		Stöhnt viel.
29.	285	1500	630	1024	0,42	2,646	0	—	—		
30.	265	1500	600	1024	0,26	1,56	0	—	41,0		
31.	285	1500	500	1024	0,32	1,6	0	—	—		
April											
1.	285	1500	1020	1022	0,18	1,836	0	—	—	Todesfurcht.	Weint und jammert, daß es ihr so traurig gehe.
2.	285	1500	1440	1024	0,32	4,608	0	—	—	Weint und jammert viel.	
3.	285	1500	800	1024	0,24	1,92	+	—	—		Schlief wenig.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

4.	225	1500	1280	1022	0,36	4,608	+ ?	—	—	Jammert viel.	Schlief.
5.	285	1500	940	1024	0,28	2,632	+ ?	—	—	Jammert und stöhnt viel.	do.
6.	285	1500	1000	1022	0,10	1,0	+	—	—	Ruhig.	do.
7.	285	1500	900	1022	0,12	1,08	0	—	41,7		
8	285	1500	520	1024	0	0,0	+ ?	—	—	Ging in den Garten.	Schlief.
9.	285	1500	1180	1024	0	0,0	0	—	—	Ging in den Garten.	do.
10.	285	1500	1020	—	0	0,0	0	—	—	Ruhig.	do.
11.	285	1500	740	—	0	0,0	+	—	—	War im Garten.	do.
12.	210	1500	920	—	0	0,0	+	—	—	Ruhig.	do.
13.	185	1500	1100	—	0	0,0	+	—	—	Ruhig.	Schlief mit Unterbrechung.
14.	285	1500	660	—	0,26	1,716	0	—	41,5		Schlief.
15.	285	1500	640	—	0,14	0,896	0	—	—	War außer Bett.	do.
16.	225	1500	660	—	0,18	1,188	0	—	—	Weinte und stöhnte.	do.
17.	285	1500	500	—	0,22	1,1	0	—	—	Hatte Heimweh.	Stöhnte viel.
18.	285	1500	624	—	0,24	1,488	0	—	—	Ruhig.	Weinte und jammerte viel.
19.	285	1500	520	—	0,18	0,936	+ ?	—	—	Weinte.	Schlief.
20.	210	1500	480	—	0,16	1,768	++	—		Ruhig.	Weinte und jammerte.
21.	265	1500	820	—	0,18	1,476	+	—	42,1	Ruhig.	Schlief ruhig.
22.	285	1500	680	—	0	0,0	0	—	—	Weinte und jammerte.	Stöhnte.
23.	130	1500	500	—	0,08	0,4	+	—	—	Todesfurcht.	Schlief ruhig.
24.	285	1500	540	—	0,16	0,864	0	—	—	Ruhig.	Schlief ruhig.
25.	155	1500	520	—	0,14	0,728	+	—	—	Sagte, wozu sie geboren sei.	Stöhnte.
26.	185	1500	500	—	0,34	1,7	+	—	—	Jammerte laut.	Schlief ruhig.
27.	95	1000	400	—	0,24	0,96	+	—	41,0	Jammerte viel.	Schlief wenig, jammerte oft.
28.	320	500	370	—	0,10	0,37	+++	—	—	Klagte über Schmerzen. Vergiftungsideen.	
29.	54	1200	340	—	0,20	0,68	++	—	—	Jammerte viel.	Schlief.
30.	220	1380	440	—	0,62	2,728	++	—	—	Mußte gefüttert werden.	
Mai											
1.	285	1500	360	—	0,36	1,296	+++	—	—	Warum sie noch essen sollte, sie müsse ja doch sterben.	Schlief ruhig.
2.	180	1500	400	—	0,68	2,72	++	—	—	Ruhig.	do. do.
3.	190	1500	340	—	0,34	1,156	+			Lag ruhig.	do. do.
4.	260	1400	380	—	?	?	+	—	—	Lag ruhig.	do. do.
5.	285	1500	400	—	0,14	0,56	+	—	41,3	Ruhig.	Stöhnte laut, schlief wenig.
6.	210	1500	700	—	0,12	0,84	+	—	—	Will sterben.	Stöhnte laut.
7.	285	1500	580	—	0,18	1,044	++	—	—	Ruhig.	Schlief nur zeitweise.
	265	1500	560	—	0,10	0,56	+	—	—	Jammerte viel.	Schlief ruhig.
	210	1500	500	—	0,18	0,9	+	—	—	Ruhig.	Laut gejammert.
	285	1500	500	—	0,16	0,8	+++	—	—	Ruhig.	Oft gejammert.

Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssigkeit	Harnmenge	Spez. Gewicht	% Zukker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Körper-Gew. kg	Psychisches Verhalten 1) (tags)	Psychisches Verhalten 1) (nachts)
1908 Mai											
11.	210	1500	760	—	0	0,0	0	—	43,0	Ruhig.	Stöhnte und jammerte oft.
12.	285	1500	700	—	0	0,0	+	—	—		
13.	285	1500	740	—	0,12	0,888	+	—	—		
14.	285	1500	960	—	0,10	0,96	+	—	—	Weinte und jammerte vor sich hin.	Schlief.
15.	285	1500	240	—	0	0,0	+	—	—	Ruhig.	Kam oft aus dem Bett.
16.	210	1500	680	—	0,20	1,36	+	—	—		
17.	210	1500	900	—	0,16	1,44	+	—	—	Schrie oft.	Schlief ruhig.
18.	265	1500	1040	—	0	0,0	+	—	43,4	Lag ruhig.	Schlief ruhig.
19.	210	1500	1160	—	0	0,0	+	—	—	Weinte zuweilen laut.	
20.	285	1500	1100	—	0,12	1,32	+	—	—	Klagte über Unruhe.	
21.	285	1500	1000	—	0,10	1,0	0	—	—	Klagte über Unruhe.	
22.	210	1500	1040	—	0,10	1,04	+	—	—	Lag ruhig, die Decke übern Kopf gezogen.	Wühlte viel umher.
23.	285	1500	1200	—	0	0,0	+	—	—	„Wenn ich nur sterben könnte."	
24.	285	1500	900	—	0,12	1,08	+	—	—	Lag ruhig.	
25.	210	1500	1100	—	0	0,0	+	—	43,4	Lag ruhig, stöhnte.	Schlief ruhig.
26.	285	1500	700	—	0,10	0,7	+	—	—		„ „
27.	285	1500	?	—	0	0,0 ?	+ ?	—	—		„ „
28.	285	1500	650 ?	—	0	0,0 ?	+ +	—	—		„ „
29.	285	1500	550 ?	—	0,10	0,55 ?	+ ?	—	—		„ „
30.	285	1500	600 ?	—	0	0,0 ?	—	—	—		„ „
31.	210	1500	500 ?	—	0,10	0,5 ?	0	—	—		„ „
Juni											
1.	285	1500	600	—	0	0,0	+ ?	—	42,5	Klagte über Schmerzen.	„ „
2.	285	1500	540	—	0	0,0	+	—	—	Jammert viel, 9 Std. im Bad.	
3.	285	1500	460	—	0,34	1,564	+ + +	—	—	11 Stunden im Bad.	„ „
4.	285	1500	450	—	0,38	1,71	+	—	—	Jammert viel, 11 Stunden im Bad.	„ „
5.	285	1500	460	—	0,26	1,196	+	—	—	11 Stunden im Bad.	„ „
6.	285	1500	1000	—	0,18	1,2	+	—	—	5 Stunden im Bad, jammert viel.	
7.	75	1000	1000	—	0,10	1,0	+ + +	—	—	Jammert und weint viel.	
8.	155	1500	350 ?	—	0,44	?	0	—	—		
9.	285	1500	400	—	0,28	1,12	0	—	41,5	Weint viel, 11 Stunden im Bad.	
10.	285	1500	360	—	0,26	0,936	+ ?	—	—	11 Stunden im Bad.	
11.	285	1500	350	—	0,16	0,56	0	—	—	11 Stunden im Bad.	

12.	285	1500	400	—	0,14	0,56	+	—	—	8 Stunden im Bad.	
13.	225	1500	340	—	0,30	1,02	+	—	—	8 Stunden im Bad.	
14.	285	1500	430	—	0,26	1,118	+	—	—	Um ½8 Uhr ins Bad, jammert vor sich hin.	
15.	185	1500	220	—	0,68	1,496	0	—	41,6		
16.	40	800	140?	—	0,16	0,224	0	—	—	1 Stunde im Bad, weint und stöhnt viel.	
17.	185	1500	280?	—	0,20	0,560	0	—	—	Ruhig.	
18.	285	1500	380?	—	0,10	0,38	+	—	—		
19.	185	1500	280?	—	0,10	0,28	+	—	—	Jammert und weint viel.	
20.	115	1300	300?	—	0,24	0,72	0	—	—	Jammert vor sich hin.	
21.	200	1500	280?	—	0,20	0,56	0	—	—	Stöhnt oft laut.	
22.	185	1500	200?	—	0	0,0	0	—	—	Stöhnt viel.	
23.	100	1000	280?	—	0,20	0,56	0	—	39,0	Jammert viel.	
24.	95	1500	330?	1040	0,16	0,528	0	—	—	Sie wisse nicht, wohin mit ihren Schmerzen.	
25.	140	1240	260?	1034	0,32	0,832	+	—	—	Weinte und jammerte.	
26.	20	1000	150?	1028	0,24	0,36	+	—	—	Jammert, sie müsse sterben.	
27.	55	1370	270?	1024	0	0,0	+	—	—	Weint und jammert viel.	
28.	15	1000	230?	1026	0,48	1,104	+	—	—	Klagt über Unruhe.	
29.	80	1290	260	1024	0,26	0,676	0	—	—	Weinte vor sich hin.	
30.	110	1310	220	1020	0,14	0,308	0	—	38,5		
Juli											
1.	95	1500	300	1028	0	0,0	+	—	—	Lag ruhig.	
2.	155	1000	320	1038	0,26	0,832	0	—	—	Lag ruhig.	
3.	185	1000	400	1024	0,24	0,96	+	—	—	Meinte, weshalb sie geboren sei, wenn sie nur gestraft würde.	
4.	95	1000	320	1020	0,32	1,024	++	—	—	Lag ruhig im Bett.	
5.	165	1300	330	1026	0,52	1,716	+?	—	—	Will zu ihren Kindern.	
6.	550	1340	340	1025	0,30	1,02	0	—	38,5	Weinte und jammerte.	
7.	175	1290	260	1026	0,12	0,312	0	—	—	Möchte in ihre Heimat.	
8.	135	1300	200	1024	0,32	0,64	0	—	—	Möchte in ihre Heimat.	
9.	210	1420	280	1026	0,42	1,176	++	—	—	Jammert viel, sie müsse unschuldig sterben.	
10.	150	1390	290	1024	0,38	1,102	0	—	—		
11.	145	1280	140?	1022	0,20	0,28	+	—	—	Lachte oft vor sich hin.	
12.	205	1500	270	1024	0,34	0,918	0	—	—	Lag ruhig.	
13.	80	1270	280	1028	0,20	0,56	+	+	37,6	Lag ruhig.	Weinte eine Zeitlang.
14.	40	500	260	1028	0,24	0,624	+	0		Lag ruhig.	
15.	120	1000	160	1028	0,26	0,416	+	++	—	Jammerte „Ihr seid alle schuld an meinem Unglück."	
	145	1260	290	1023	0,10	0,29	+	+	—	„O, was habe ich Schmerzen."	
	95	1000	225	1025	0	0,0	+	+++	—	Lag ruhig.	

Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten[1]) (tags)	Psychisches Verhalten[1]) (nachts)
1908 Juli											
18.	150	1300	250	1025	0,32	0,8	+	++	—		
19.	290	1300	290	1024	0,48	1,392	+++	0	—	Jammerte wie gewöhnlich.	
20.	145	1200	300	1023	0,40	1,2	0	0	37,5		
21.	150	1300	260	1022	0,10	0,26	+	+			
22.	185	1500	345	1023	0,18	0,621	0	++	—	Jammerte beim Essen.	
23.	210	1320	320	1022	0	0,0	0	+		Weinte, ihr täten alle Knochen weh.	
24.	245	1500	300	1021	0,10	0,3	0	+++	—		Nachts erschreckt.
25.	145	1000	300	1022	0,14	0,42	0	+		Weinte und jammerte.	
26.	135	1300	270	1013	0,16	0,432	+	++			
27.	85	1200	280	1023	0,1	0,28	++	+++	37,0		
28.	80	1300	165	1024	0	0,0	0	+++	—	„Wenn ich bloß erst tot wäre."	
29.	50	1000	255	1023	0,1	0,255	++	+		„Wenn ich bloß erst tot wäre."	Ohnmachtsanfall.
30.	40	1500	455	1020	0	0,0	+?	++	—		
31.	—	1500	330	1024	0	0,0	+	+	—		
Aug.											
1.	—	1500	330	1026	0,14	0,462	0	0	—		
2.	—	1500	550	1024	0	0,0	0	+	—		
3.	—	1500	680	1020	0	0,0	0	++	38,5		
4.	—	1500	760	1020	0	0,0	0	+	—	Jammerte viel, klagte über Schmerzen, schlief wenig.	
5.	—	1500	290	1029	0	0,0	0	+	—		
6.	—	1500	280	1019	0,16	0,4	+	+	—		
7.	—	1500	480	1020	0,28	1,344	+	+	—		
8.	—	1500	560	1020	0,24	1,344	+	++	—		
9.	—	1500	200	1022	0,2	0,4	+	+	—		
10.	—	1500	620	1017	—	—	+	0	—		

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Mengen Speichel verliert. Nach Abschluß der Versuche wurden immer mehr die Zeichen einer schweren Lungenphthise manifest. Am 1. November 1908 Exitus letalis, ohne daß bis zum Ende die schwere gemütliche Depression eine Aufhellung erfahren hätte. Sektion ergibt: Fortgeschrittene Magendarmtuberkulose (dabei Indikanurie nicht eindeutig), Zentralnervensystem ohne Befund.

Epikrise: Schwerste Depression mit stetem Jammern und Klagen, lebhaften Wahnideen persekutorischen und nihilistischen Inhalts. Die Untersuchungszeit erstreckte sich auf 10 Monate. Die Kranke scheidet während dieser Zeit Tag für Tag Zucker aus, solange die tiefe Depression anhält. Unter dem Einfluß einer strengen Diät nimmt der Zuckergehalt ab und sinkt bis auf 0 (vgl. 22. und 24. Dezember). Werden ihr dann Kohlehydrate gereicht, so steigt der Zuckergehalt an, meist besonders stark nach einer jeweiligen Vermehrung der Kohlehydrate. Sehr beachtenswert ist die hohe Zuckerausscheidung von 11,9 g, die weitaus größte Zuckermenge, die wir bei unsern Untersuchungen überhaupt beobachtet haben (am 24. Januar). Am Tage vorher hatte sie nur ½ l Milch und zwei Eier, also fast keine Kohlehydrate, genommen und war sehr erregt gewesen, hatte selbst, wie kaum sonst, über das Gefühl von Angst geklagt. Sie kollabierte einmal, erholte sich nach Kampferinjektion. Am 24. Januar selbst erhielt sie volle Kost und schied die schon genannte große Menge aus. Auch noch in den nächsten Tagen ist die Zuckerausscheidung sehr groß und nimmt mit dem 29. Januar ab, nachdem sie schon am Tage vorher ruhiger geworden war. Interessant ist, daß die Kranke eine weitgehende Remission von etwa Mitte Februar bis Mitte März zeigte; sie stand auf und ging im Garten spazieren, nahm mehr an den Ereignissen in ihrer Umgebung Anteil. Während dieser Zeit vom 8. Februar bis 5. März auch keine Glykosurie. Bemerkenswert ist auch, daß am 8. Februar die Urinmenge plötzlich erheblich ansteigt. Mit dem 12. März trat von neuem Glykosurie auf, nachdem allmählich wieder eine Verschlimmerung eingetreten war; während dieser Zeit war die Kranke vom 8.—13. April wieder ruhiger, und die Glykosurie verschwand. Auch später noch häufiger Zurücktreten der Zuckerproduktion bei psychischer Beruhigung. Vom 31. Juli wird sie gefüttert mit kohlehydratfreier Kost. An vereinzelten Tagen keine Glykosurie trotz psychischer Erregung.

In den depressiven Zeiten weinte und speichelte sie viel. Speichel sowohl wie Tränen wurden mehrfach in hydrophiler, in aqua dest. ausgelaugter und dann getrockneter Gaze aufgefangen. Ein wässeriger Auszug, der auf dem Wasserbade eingeengt wurde, reduzierte stark und vergor mit Hefe. —

B., 18 jährige Krankenpflegerin, angeblich keine Heredität. Früher gesund, erkrankte Ende Februar 1908. Zeigte eigentümlich ruheloses Wesen, choreaähnliche Zuckungen im Gesicht und an den Extremitäten, war oft auch ganz verwirrt und ratlos. Erschrak eines Tage splötzlich und stürzte zu Boden, auf den sie mit dem Hinterkopf aufschlug. Am 1. März


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten[1]) (tags)	Psychisches Verhalten[1]) (nachts)
1908 Mai											
19.	113	1340	650	—	0,0	0,0	+ + +	—	62,0	Weinte viel, Erbrechen.	
20.	171	1670	700	—	0,0	0,0	0	—	—	Ruhig.	
21.	120	1620	800	—	0,0	0,0	—	—	—	do.	
22.	125	820	700	—	0,0	0,0	—	—	—	do.	
23.	160	1380	900	—	0,0	0,0	0	—	—	do.	
24.	230	2000	1040	—	0,0	0,0	+	—	—	do.	
25.	170	2000	1410	—	0,0	0,0	+	—	60,8	do.	
26.	230	2000	500	—	0,10	0,500	+	—	—	do. Kopfschmerzen.	
27.	230	2000	730	—	0,12	0,876	+	—	—	do.	
28.	230	2000	650	—	0,16	1,040	+	—	—	do.	
29.	235	2000	430	—	0,24	1,032	0	—	—	do.	
30.	125	2000	440	—	0,0	0,0	0	—	—	Stand auf.	
31.	235	2000	640	—	0,0	0,0	0	—	—	Stand auf.	
Juni											
1.	130	2000	740	—	0,10	0,740	+	—	63,0	Klagte über Müdigkeit.	
2.	245	2000	500	—	0,16	0,800	+ +	—	—	Stand auf.	
3.	180	2000	980	—	0,10	0,980	0	—	—	do. do.	
4.	230	2000	220	—	0,0	0,0	+ ?	—	—	do. do.	
5.	230	2000	940	—	0,0	0,0	+	—	—	do. do.	
6.	165	2000	900	—	0,0	0,0	+ ?	—	—	do. do.	
7.	180	1500	un-rein		0,0	0,0 ?	+	—	—	Hausarbeit, ging in den Garten.	Wühlte viel im Bett, stöhnte laut.
8.	230	1500	400	—	0,0	0,0	0	—	—		Wühlte viel im Bett, schlief sehr wenig, sprach und lachte vor sich hin, wollte um 2 Uhr aufstehen, sie könne nicht schlafen.
9.	260	2000	660	—	0,0	0,0	+	—	64,8		
10.	270	2000	700	—	0,14	0,980	+	—	—	Verlangte nach Haus, weinte, warf sich aufs Bett, „ich din doch nicht krank."	Kopfschmerzen.
11.	105	1000	un-rein		0,0	0,0 ?	+	—	—	Weinte.	Anfall, wühlt im Bett.
12.	35	1000	740	—	0,0	0,0	+	—	—		Lacht im Schlaf, sprach unverständlich, klagte beim Erwachen über Schmerzen an der Zunge.

Generated on 2019-03-09 23:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

13.	255	1320	480	—	0,24	1,152	+ +	—	—	Lachte oft laut auf.	Stöhnte.
14.	195	1790	300	—	0,18	0,540	+	—	—	Ruhig.	Saß im Bett, klagte über Ohrenschmerzen.
15.	75	1500	580	—	0,50	2,900	+	—	61,5		Stöhnte.
16.	190	2000	800	—	0,20	1,600	+	—	—	Lachte oft laut auf.	
17.	115	1770	200 ?	—	0,0	0,0 ?	+	—	—		Wühlte viel im Bett.
18.	70	500	480	—	0,0	0,0	0	—	—	Kopfschmerzen.	Wühlte viel im Bett.
19.	130	1500	unrein		0,0	0,0 ?	0	—	—	Wühlte viel im Bett.	Wiederholt Anfälle, wühlte viel im Bett, zuckte am ganzen Körper.
20.	165	1000	400	—	0,0	0,0 ?	+	—	—	Lachte sehr viel.	
21.	230	1750	690	—	0,0	0,0	+	—	—	Äußerte Vergiftungsideen.	
22.	150	2000	600	—	0,0	0,0 ?	0	—	—	Wühlte viel im Bett.	Schlief wenig.
23.	215	2000	600	—	0,10	0,6	0	—	60,5	Lachte sehr viel.	Anfall.
24.	190	2000	410	1020	0,0	0,0	+	—	—	Wühlte im Bett umher, lachte und weinte.	
25.	65	1000	470	1012	0,36	1,692	+	—	—	Lachte viel.	Am Abend sehr erregt, lief umher, tobte im Bett, rief oft „er kommt".
26.	20	500	370	1014	0,46	1,702	+	—	—	Wollte nichts essen.	
27.	165	2000	370	1020	0,32	1,184	+ +	—	—	Sprach unverständlich vor sich hin.	
28.	65	1000	350	1024	0,26	0,910	+	—	—	Wenig gegessen.	Wühlte am Abend viel im Bett umher, sprach unverständlich.
29.	60	800	280	1020	0,20	0,560	+	—	—	Anfall, aß wenig.	Am Abend sehr unruhig.
30.	60	700	440	1014	0,10	0,440	0	—	59,0		Stöhnte und jammerte, betete: „Harre meine Seele." Um 11³/₄ „Da gehen ja lauter weiße Gestalten." Erschrak und schrie, wenn sich etwas rührte, sah ängstlich unter der Decke hervor.
Juli											
1.	83	1500	280	1024	0,0	0,0	+	—	—		
2.	73	1500	300	1024	0,38	1,140	+	—	—		
3.	200	2000	200	1030	0,34	0,680	+ +	—	—	Wühlte im Bett umher, lachte viel.	
4.	225	1500	200	1028	0,28	0,560	—	0	—		
5.	285	1700	1500	1014	0,0	0,0	—	0	—	Lachte.	
6.	285	1700	620	1010	0,0	0,0	—	0	61,5	Lachte viel.	
7.	285	1500	780	—	0,0	0,0	—	0	—		
8.	225	1800	425	1014	0,36	1,530	0	0	—	Kreischte laut.	Betete und weinte durcheinander, sie hätte keinen Menschen, der sie lieb habe.
9.	—	—	230	1024	0,62	1,426	+	0	—		
10.	65	800	170	1030	0,50	0,85	+	+	—		
11.	—	500	?	—	0,52	?	+ +	+	—	Äußerst unruhig, kreischte laut, biß sich in den Arm, wurde gewickelt, kam ins Bad, tauchte unter.	Weinte und jammerte laut, halluzinierte.

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908 Juli											
12.	40	500	?	—	0,56	?	—	—	—	Biß die Bettwäsche entzwei, jammerte.	Jammerte dauernd.
13.	40	1000	825	1018	0,24	1,98	0	++	58,0	Jammerte über ihren Arm.	Jammerte.
14.	30	—	?	—	—	?	+	+	—	Kissenbezug entzwei gebissen, weinte, jammerte und schrie, rief mehrmals „verrückt, verrückt".	Jammerte viel, zerriß mit den Zähnen die Decke.
15.	220	1000	600	1026	0,24	1,44	+	+++	—		„Hilfe, Hilfe, da stehen zwei weiße Männer, die wollen mir was tun."
16.	265	1500	400	1024	0,14	0,56	++	+	—	Zuckte oft zusammen, halluzinierte lebhaft.	Weinte viel, „wenn sie nur tot wäre".
17.	20	500	970	1016	0,42	4,074	+	0	—	Anfall. Sagte nachmittags, „ich bin zu allem bereit."	Kreischte oft laut auf, sagte: „Die wollen mir was tun".
18.	220	—	435	1023	0,38	1,653	+	+	—	Bat um ein Taschenmesser, „sie wolle sich die Pulsader am Hals aufstechen, ihr wäre das Leben schon so über".	
19.	195	1000	520	1023	0,34	1,768	0	+++	—		Am Abend sehr unruhig.
20.	160	500	760	1022	0,28	2,128	0	0	58,4	Anfall.	Stöhnte viel, sie könne hier nicht liegen bleiben, hier wäre Schwefelgeruch.
21.	230	1500	480	1018	0,10	0,480	0	++	—	Kam aus dem Bett, weinte, schrie laut, hatte Zuckungen.	Sprach viel durcheinander, riß ihr Taschentuch entzwei.
22.	180	1500	780	1018	0,0	0,0	0	+	—		
23.	285	1700	1400	1011	0,0	0,0	0	+	—	Weinte.	
24.	135	800	730	1013	0,0	0,0	0	+	—	Kreischte laut auf, leichter Anfall.	
25.	195	2200	745	1014	0,12	0,894	0	+	—		
26.	195	1200	230	1019	0,22	0,506	0	+	—		Sehr erregt, weinte, sprach viel durcheinander.
27.	20	500	800	1022	0,20	1,600	+	0	56,7	Weinte, weil ihr die Zunge so weh tue.	
28.	20	—	400	1027	0,18	0,72	0	++	—		
29.	195	1250	385	1022	0,0	0,0	+	+	—		
30.	275	1700	470	1024	0,0	0,0	++	++	—		
31.	275	1700	580	1020	0,0	0,0	+	+	—		
Aug.											
1.	275	1700	1240	1010	0,0	0,0	0	+	—		
2.	275	1700	940	1014	0,0	0,0	0	+++	—		
3.	210	1700	0,0	—	0,0	—	—	—	57,2		
4.	275	1700	0,0	—	0,0	—	—	—	—		

5.	275	1700	1320	1013	0,20	2,64	0	0	—	Schimpfte.	
6.	215	1300	1200	1011	0,10	1,2	0	++	—	Anfall.	Anfall, fiel im Saal um.
7.	170	800	360	1017	0,10	0,36	0	+	—	Aufgeregt, weinte und schalt, biß sich in den Arm.	Band sich mit dem Taschentuch die Arme ab, verlangte Nadeln, kreischte, Bett genäßt.
8.	170	2000	800	1009	0,0	0,0	+	+	—	Zeitweise sehr erregt, hatte einen Hecht im Bett.	
9.	215	1500	920	1012	0,0	0,0	+	+	—	Klagte, mißhandelte eine Mitkranke.	
10.	170	1000	460	1019	0,0	0,0	0	++	—	Sehr erregt. Glaubte sich vergiftet, schrie sehr laut, man wolle sie erwürgen, sie müsse verbrennen.	
11.	305	1500	1110	1016	0,0	0,0	+	+	58,4	Weinte, wühlte im Bett, warf Kaffeebecher entzwei.	Jammerte und weinte.
12.	205	200	unrein	—	0,0	0,0	+	0	—	Schimpfte, war laut, schlug mit dem Kopf auf die Bettkante. Anfall.	Weinte und jammerte.
13.	285	500	330	1020	0,22	0,726	0	0	—	Weinte, Anfall, zerstörte Schüssel, lief umher, schrie.	
14.	290	1000	500	1019	0,18	0,9	0	++	—		Erregt, riß Frl. Schmidt an den Haaren, in ihrem ganzen Leben habe sie so etwas nicht gehört!
15.	305	1700	1400	1014	0,18	2,52	0	+++	—	Weinte viel.	Sagte, sie habe solche Angst.
16.	275	1700	1000	1015	0,0	0,0	0	+	—		
17.	210	1700	580	1014	0,14	0,812	0	+	58,5		
18.	215	1700	1080	1015	0,0	0,0	0	++	—		
19.	275	1700	440	1027	0,12	0,528	0	+	—		
20.	215	1200	900	1020	0,0	0,0	0	++	—		
21.	275 + 100 Dextrose	1200	840	1014	0,16	1,344	0	+	—		
22.	215	1500	600	1025	0,12	0,72	0	+	—		
23.	275	1500	220	1028	0,22	0,484	++	+++	—		
24.	275	1500	1980	1014	0,18	3,564	+	+	59,8		
25.	275	1500	980	1017	0,0	0,0	0	++	—		
26.	215	1500	610	1018	0,14	0,854	+	++	—		
27.	275	1500	640	1017	0,16	1,024	+	++	—		
28.	175	1500	460	1017	0,10	0,46	+	++	—		
29.	225	1500	?	—	0,0	0,0	—	—	—		
30.	275	1500	?	—	0,0	0,0	—	—	—		
31.	210	1500	?	—	0,0	0,0	—	—	60,0		

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908 Okt.											
19.	275	1500	1400	1020	0,0	0,0	0	—	59,3	Hatte einen Anfall.	
20.	285	1500	1300	1010	0,0	0,0	+	—	—		
21.	265	1500	850	1016	0,0	0,0	0	—	—		
22.	340	1500	1400	1018	0,0	0,0	+	—	—		
23.	335	1500	850	1021	0,0	0,0	0	—	—		
24.	235	1500	700	1018	0,0	0,0	0	—	—		
25.	285	1500	1050	1016	0,18	1,89	0	—	—		Warf sich viel im Bett umher.
26.	285	1500	1400	1018	0,0	0,0	0	—	61,5		Weinte viel, klagte über Halsschmerzen.
27.	285	1500	800	1015	0,0	0,0	0	—	—		
28.	215	1500	1600	1015	0,0	0,0	0	—	—		
29.	285	1500	1400	1018	0,0	0,0	0	—	—		Stöhnte und weinte viel. Anfall.
30.	275	1500	2000	1018	0,0	0,0	0	—	—		
31.	215	1500	2000	1018	0,0	0,0	0	—	—	Klagte über Kopfschmerzen.	
Nov.											
1.	275	1500	1000	1015	0,0	0,0	0	—	—		
2.	275	1500	800	1020	0,12	0,96	+	—	63,5		
3.	285	1500	550	1018	0,0	0,0	0	—	—		
4.	215	1500	—	—	—	—	—	—	—		Wühlte viel im Bett umher.
5.	275	1500	—	—	—	—	—	—	—		Stöhnte viel.
6.	275	1500	—	—	—	—	—	—	—		
7.	175	1500	—	—	—	—	—	—	—		
8.	275	1500	1600	1020	0,28	4,48	0	—	—		Stöhnte viel.
9.	215	1500	1600	1020	0	0,0	0	—	62,0	Hatte nach jeder Mahlzeit Erbrechen.	
10.	275	1500	1000	1018	0,24	2,40	0	—	—		Anfall.
11.	215	1500	800	1016	0	0,0	0	—	—	Sehr aufgeregt, weint und schimpft. Anfall.	
12.	275	1500	650	1016	0	0,0	0	—	—		Stöhnte viel.
13.	216	1500	750	1018	0	0,0	0	—	—	Erbrechen.	
14.	140	1500	1680	1016	0,32	5,376	+	—	—		Wenig geschlafen.
15.	120	1500	0 ?	—	—	—	—	—	—		
16.	15	1500	280	1022	0,34	0,952	+	—	61,0		
17.	275	1500	440	1020	0,24	1,056	0	—	—		Schlief nicht.
18.	275	1500	250	1024	0	0,0	0	—	—		Schlief wenig.
19.	30	500	310	1018	0	0,0	+	—	—	Anfälle, Kopfschmerzen.	

20.	—	300	660	1014	0,24	1,594	0	—	—	Kopf- und Rückenschmerzen.	
21.	—	390	270	1030	0,48	1,296	0	—	—	Anfall, Schmerzen in Kopf und Füßen.	
22.	—	500	300	1026	0,22	0,66	0	—	—	Anfall.	Anfall.
23.	—	400	350	1028	0,28	0,98	0	—	58,5		
24.	—	500	350	1030	0,32	1,12	+	—	—		
25.	40	1000	440	1024	0,38	1,672	+++	—	—		
26.	30	1000	300	1025	0,28	0,84	+++	—	—	Anfall.	Anfall. Schlief wenig.
27.	75	1000	230	1028	0,32	0,736	++	—	—		
28.	85	1000	390	1026	0,18	0,702	+	—	—	Erbrechen.	
29.	95	1000	400	1024	0,20	0,80	++	—	—		Stöhnte oft sehr laut.
30.	95	1000	450	1026	0,12	0,54	+	—	58,0		Schlief mit Unterbrechung.
Dezb.											
1.	110	1000	810	1022	0,10	0,81	0	—	—		Anfall. Stöhnte oft sehr laut.
2.	110	1000	960	1024	0,0	0,0	0	—	—		
3.	110	1000	930	1020	0,0	0,0	+	—	—	Anfall.	

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.



1908 Klagen über wütende Schmerzen im Kopf und in den Zähnen. In der folgenden Nacht schwere Krämpfe; der hinzugerufene Arzt fand sie „anscheinend in tiefem Koma". Sie reagierte nicht auf Anrufen und Nadelstiche. Kornealreflex war nur angedeutet. Der Arzt untersuchte nach dem Anfall den Urin, der „stark positive Nylanderreaktion zeigte". Temperatur betrug 39,8°. Die Kranke wurde in den nächsten Tagen ruhiger und geordnet; die Nylanderreaktion des Urins hielt noch 2 Tage lang an. 3 Wochen später begannen die Unruhe, Kopfschmerzen und choreiformen Zuckungen von neuem. Die Kranke hatte Gesichtstäuschungen. Die Störungen führten bald wieder zu krampfähnlicher, nächtlicher Erregung. Die B. warf sich wild umher, schlug mit Armen und Beinen, stieß sinnlose Reden aus, nahm arc de cercle-Stellungen ein, reagierte nicht auf Nadelstiche. Die Pupillen waren nicht ganz reaktionslos, das Sensorium nicht völlig aufgehoben. „Temperatur wiederum erhöht, Nylanderreaktion abermals sehr stark." Am 18. Mai 1908 Aufnahme in die Klinik. Die körperliche Untersuchung ergab zahlreiche hysterische Stigmata. Bei der Aufnahme fiel die Kranke ferner durch ticartiges Grimassieren, zwecklose Hand- und Fingerbewegungen auf; es bestand eine hochgradige Anämie. Blut morphologisch nicht verändert. Nur Verminderung des Hämoglobingehalts. An der Zunge zahlreiche Bißnarben. In der Klinik bald, besonders um Menstruationstermine, schwere Erregungen mit schreckhaften Sinnestäuschungen und Anfällen von ausgesprochen psychogenem Charakter. Auffallend war die furchtbare Wut, die die Kranke bei diesen Attacken entwickelte; sie griff mehrfach ihre Umgebung an, riß den Pflegerinnen die Haare aus, hätte einmal eine Kranke beinahe erwürgt, fügte sich auch selbst schwere Verletzungen bei, verübte zahlreiche Selbstmordversuche; völlige Bewußtseinsaufhebung wurde nie beobachtet. Die Pupillen reagierten, so oft sie untersucht werden konnten, auf Lichteinfall. Gelegentlich zeigte die Kranke während der Anfälle auch ganz manische Züge, sang und lachte unbändig, oft mehrere Tage lang in einem fort. Nach den Anfällen wiederholt Zungenbisse. Seit Mitte August 1908 erhebliche Besserung. Keine völlige Amnesie für die Erregungszeit. Die Kranke leidet sicher an Hysterie; der Verdacht, daß daneben aber eine Epilepsie besteht, ist nicht von der Hand zu weisen. Für ein organisches Hirnleiden fehlen alle Anhaltspunkte.

Epikrise: In der ersten Zeit keine Glykosurie bei ruhigem Verhalten. Dann vorübergehend Glykosurie bei Klagen über Müdigkeit und Kopfschmerzen. Starke Glykosurie bei starker psychischer Erregung, besonders bei Anfällen zornmütigen, aggressiven Charakters, während Anfällen, bei denen die heitere Erregung vorwiegt, weniger oder gar kein Zucker folgt. Das Maximum der Zuckerausscheidung wird am 17. Juli mit 4,07 nach 20 g Kohlehydraten erreicht. An diesem Tage ängstliche Erregung, die sich bis zu Selbstmordversuchen steigert. Am nächsten Tage erhielt sie 100 g Traubenzucker, darauf keine nennenswerte Zunahme der Zuckerproduktion.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einige Male starke *Bial*reaktion, nicht immer mit Glykosurie einhergehend. —

C., 71 jährige Frau, Vater endete durch Selbstmord. In der Jugend gesund. 2 uneheliche Kinder, kein Abort. Seit 1889 Paraplegie beider Arme infolge typischer Tabes dorsalis. Seit 1895 Amaurose beider Augen mit Papilla alba und Schwerhörigkeit. Seit 1896 geistig gestört. Eigentümliche Psychose vom Charakter der Paranoia. Hat ständig Visionen, sieht eine Bande von Verfolgern, die fortwährend auf sie zukommt und sie zu ermorden versucht; darüber große Angst und Unruhe, führt immer verzweifelte Bewegungen mit Händen und Füßen aus zu ihrer Verteidigung, schimpft und jammert über die Bande. Die Psychose dauert seit 1896 ununterbrochen an. Die Erregung ist allerdings an manchen Tagen stärker, an manchen schwächer. In der Klinik seit 1904. Keine paralytischen Symptome, keine geistige Schwäche. Alle typischen Symptome der Tabes vorhanden. In der Spinalflüssigkeit Zellvermehrung, im Blut Luesantigene.

Epikrise: Tabes und Paranoia mit zahlreichen Sinnestäuschungen ängstlichen, schreckhaften Inhalts. Während der ersten Wochen der Beobachtungsperiode starke, niemals aussetzende Glykosurie bis zu 2 und 3 g und starker *Bial.* Nach den Notizen bestand in dieser Zeit eine besonders hochgradige Erregung. Die stärkste Zuckerausscheidung betrug 5,304 g Zucker bei einer Einfuhr von 225 g Kohlehydraten, ohne daß das psychische Verhalten eine genügende Erklärung abgibt. Kurz vorher aber hatte die Kranke an 11 aufeinanderfolgenden Tagen keinen Zucker. Am 21. Juli bekam die Kranke 100 g Traubenzucker. Trotz gleichzeitig gereichten 250 g Kohlehydrate schied sie nur 0,462 g Zucker aus, allerdings sehr starke *Bial*reaktion. Die Urinmenge war im Vergleich zu der Menge der Nahrungsflüssigkeit zeitweilig gering.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keiten	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908 März											
13.	285	1500	840	1018	0,06	0,504	+++	—	—	Erregt, sah Verfolger um sich.	
14.	215	1500	630	1020	0,14	0,882	+++	—	—	Schalt.	
15.	207	1300	450	1016	0,10	0,45	+++	—	—	Sang und schimpfte.	
16.	220	1500	860	1026	0,24	2,064	++	—	35,0	Schimpfte.	
17.	270	1500	860	1024	0,28	2,408	+++	—	—	Tobte am Vormittag.	
18.	215	1500	780	1026	0,26	2,028	+++	—	—	Schimpfte auf ihre Verfolger.	
19.	275	1500	840	1024	0,24	2,016	++	—	—	Schimpfte.	
20.	275	1500	1100	1024	0,28	3,08	+++	—	—	Schalt auf die Verfolger.	
21.	215	1500	840	1024	0,16	1,344	+++	—	—	Schimpfte auf die Mitkranke.	
22.	275	1500	800	1026	0,24	1,92	+++	—	—	Schimpfte fast ununterbrochen.	
23.	275	1500	940	1024	0,26	2,444	++	—	35	Schimpfte.	
24.	275	1500	900	1024	0,20	1,08	+++	—	—	Ihre Verfolger würden alle fünf Minuten abgelöst.	
25.	215	1500	1190	1020	0,18	2,142	+	—	—	Schimpfte auf die Verfolger.	
26.	275	1500	660	1022	0,14	0,924	+++	—	—	Schalt.	Schimpfte die ganze Nacht.
27.	275	1500	520	1020	0,16	0,832	+++	—	—	Sehr laut, schlug auf die Decke.	
28.	215	1500	560	1024	0,22	1,232	+++	—	—	Sehr unruhig, schimpfte.	
29.	275	1500	1000	1022	0,14	1,40	+++	—	—	Ziemlich ruhig.	
30.	210	1500	1100	1020	0,08	0,88	+++	—	35,0	Schalt den ganzen Tag.	Schimpfte auf die Bande.
31.	275	1500	500	1024	0,30	1,50	+	—	—	Schalt sehr viel.	
April											
1.	275	1500	1340	1022	0,22	2,948	+	—	—	Lag ziemlich ruhig.	Schlug fortwährend auf die Decke.
2.	275	1500	600	1024	0,32	1,92	+++	—	—	Schalt auf die Verfolger.	Klopfte aufs Bett, schimpfte.
3.	275	1500	780	1026	0,26	2,028	++	—	—	Schalt in alter Weise.	
4.	195	1500	1180	1022	0,24	2,832	++	—	—	Am Vormittag sehr laut.	Schimpfte.
5.	275	1500	800	1026	0,28	2,24	+	—	—	Schalt.	Schalt auf die Bande.
6.	275	1500	740	1024	0,16	1,184	++	—	—	Schalt.	
7.	275	1500	620	1024	0,18	1,116	++	—	35,0	Schimpfte.	
8.	275	1500	640	1024	0,18	1,152	++	—	—	Schalt und weinte.	
9.	215	1500	1100	1022	0,14	1,54	+	—	—	Schalt und weinte.	
10.	285	1500	980	1024	0	0,0	++	—	—	Schalt und weinte.	
11.	215	1500	720	—	0	0,0	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
12.	285	1500	1600	—	0	0,0	+	—	—	Schalt und sang.	

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

13.	220	1500	1380	—	0	0,0	++	—	—	Schalt.	
14.	285	1500	1100	—	0	0,0	+	—	35,0	Schalt und sang.	
15.	285	1500	700	—	0,08	0,56	+	—	—	Weinte und schalt, wollte aus dem Bett.	
16.	215	1500	840	—	0,04	0,336	++	—	—	Schalt.	
17.	285	1500	900	—	0	0,0	++	—	—	Ziemlich ruhig.	
18.	285	1500	720	—	0	0,0	++	—	—	Weinte, die Bande wolle sie töten.	
19.	285	1500	820	—	0,16	1,312	+++	—	—	Schalt.	
20.	270	1400	1360	—	0,08	1,088	+	—	—	Weinte und schalt.	
21.	210	1500	820	—	0,14	1,148	+++	—	35,0	Ruhig.	
22.	285	1500	1240	—	0,08	0,992	+	—	—	Schalt und sang.	
23.	225	1500	300	—	0	0,0	+++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
24.	245	1500	900	—	0,10	0,9	+	—	—	Schalt und sang.	
25.	225	1500	900	—	0,16	1,44	+	—	—	Sang und schimpfte.	Schlief mit Unterbrechung.
26.	200	1500	1200	—	0,14	1,68	+	—	—	Schimpfte viel auf die Bande.	
27.	285	1500	560	—	0	0,0	++	—	35,0	Schimpfte viel.	
28.	205	1500	900	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
29.	285	1500	620	—	0,22	1,364	++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
30.	285	1500	780	—	0	0,0	++	—	—	Sang und schimpfte.	
Mai											
1.	285	1500	980	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
2.	225	1500	640	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
3.	285	1500	520	—	0,10	0,52	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
4.	220	1500	620	—	0,14	0,868	+	—	—	Schalt auf die Bande.	
5.	285	1500	900	—	0	0,0	+	—	35,4	Sang und schalt viel.	
6.	170	1340	1000	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel.	Schimpfte auf die Bande.
7.	285	1500	580	—	0	0,0	++	—	—	Schalt fast ununterbrochen.	
8.	220	1500	780	—	0,10	0,78	++	—	—	Schalt und sang.	
9.	225	1500	740	—	0,10	0,74	+	—	—	Schalt und weinte zuweilen.	
10.	285	1500	580	—	0	0,0	+++	—	—	Schalt.	
11.	285	1500	580	—	0	0,0	+	—	36,5	Sang und schalt.	
12.	285	1500	1200	—	0	0,0	++	—	—	Sang und schalt.	
13.	285	1500	780	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel, schmierte.	
14.	285	1500	840	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
15.	285	1500	680	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel.	
16.	225	1500	840	—	0,10	0,84	+	—	—	War den ganzen Tag sehr laut.	
17.	285	1500	960	—	0	0,0	+	—	—	Schalt ununterbrochen auf d. Verfolger, schmierte.	
18.	220	1500	640	—	0,12	0,768	+	—	36,9	Schalt ununterbrochen.	Schimpfte auf die Bande.
19.	225	1500	1200	—	0	0,0	+	—	—	Ziemlich ruhig.	

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keiten	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908 März											
13.	285	1500	840	1018	0,06	0,504	+++	—	—	Erregt, sah Verfolger um sich.	
14.	215	1500	630	1020	0,14	0,882	+++	—	—	Schalt.	
15.	207	1300	450	1016	0,10	0,45	+++	—	—	Sang und schimpfte.	
16.	220	1500	860	1026	0,24	2,064	++	—	35,0	Schimpfte.	
17.	270	1500	860	1024	0,28	2,408	+++	—	—	Tobte am Vormittag.	
18.	215	1500	780	1026	0,26	2,028	+++	—	—	Schimpfte auf ihre Verfolger.	
19.	275	1500	840	1024	0,24	2,016	++	—	—	Schimpfte.	
20.	275	1500	1100	1024	0,28	3,08	+++	—	—	Schalt auf die Verfolger.	
21.	215	1500	840	1024	0,16	1,344	+++	—	—	Schimpfte auf die Mitkranke.	
22.	275	1500	800	1026	0,24	1,92	+++	—	—	Schimpfte fast ununterbrochen.	
23.	275	1500	940	1024	0,26	2,444	++	—	35	Schimpfte.	
24.	275	1500	900	1024	0,20	1,08	+++	—	—	Ihre Verfolger würden alle fünf Minuten abgelöst.	
25.	215	1500	1190	1020	0,18	2,142	+	—	—	Schimpfte auf die Verfolger.	
26.	275	1500	660	1022	0,14	0,924	+++	—	—	Schalt.	Schimpfte die ganze Nacht.
27.	275	1500	520	1020	0,16	0,832	+++	—	—	Sehr laut, schlug auf die Decke.	
28.	215	1500	560	1024	0,22	1,232	+++	—	—	Sehr unruhig, schimpfte.	
29.	275	1500	1000	1022	0,14	1,40	+++	—	—	Ziemlich ruhig.	
30.	210	1500	1100	1020	0,08	0,88	+++	—	35,0	Schalt den ganzen Tag.	Schimpfte auf die Bande.
31.	275	1500	500	1024	0,30	1,50	+	—	—	Schalt sehr viel.	
April											
1.	275	1500	1340	1022	0,22	2,948	+	—	—	Lag ziemlich ruhig.	Schlug fortwährend auf die Decke.
2.	275	1500	600	1024	0,32	1,92	+++	—	—	Schalt auf die Verfolger.	Klopfte aufs Bett, schimpfte.
3.	275	1500	780	1026	0,26	2,028	++	—	—	Schalt in alter Weise.	
4.	195	1500	1180	1022	0,24	2,832	++	—	—	Am Vormittag sehr laut.	Schimpfte.
5.	275	1500	800	1026	0,28	2,24	+	—	—	Schalt.	Schalt auf die Bande.
6.	275	1500	740	1024	0,16	1,184	++	—	—	Schalt.	
7.	275	1500	620	1024	0,18	1,116	++	—	35,0	Schimpfte.	
8.	275	1500	640	1024	0,18	1,152	++	—	—	Schalt und weinte.	
9.	215	1500	1100	1022	0,14	1,54	+	—	—	Schalt und weinte.	
10.	285	1500	980	1024	0	0,0	++	—	—	Schalt und weinte.	
11.	215	1500	720	—	0	0,0	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
12.	285	1500	1600	—	0	0,0	+	—	—	Schalt und sang.	



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13.	220	1500	1380	—	0	0,0	++	—	—	Schalt.	
14.	285	1500	1100	—	0	0,0	+	—	35,0	Schalt und sang.	
15.	285	1500	700	—	0,08	0,56	+	—	—	Weinte und schalt, wollte aus dem **Bett.**	
16.	215	1500	840	—	0,04	0,336	++	—	—	Schalt.	
17.	285	1500	900	—	0	0,0	++	—	—	Ziemlich ruhig.	
18.	285	1500	720	—	0	0,0	++	—	—	Weinte, die Bande wolle sie töten.	
19.	285	1500	820	—	0,16	1,312	+++	—	—	Schalt.	
20.	270	1400	1360	—	0,08	1,088	+	—	—	Weinte und schalt.	
21.	210	1500	820	—	0,14	1,148	+++	—	35,0	Ruhig.	
22.	285	1500	1240	—	0,08	0,992	+	—	—	Schalt und sang.	
23.	225	1500	300	—	0	0,0	+++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
24.	245	1500	900	—	0,10	0,9	+	—	—	Schalt und sang.	
25.	225	1500	900	—	0,16	1,44	+	—	—	Sang und schimpfte.	**Schlief mit Unterbrechung.**
26.	200	1500	1200	—	0,14	1,68	+	—	—	Schimpfte viel auf die Bande.	
27.	285	1500	560	—	0	0,0	++	—	35,0	Schimpfte viel.	
28.	205	1500	900	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
29.	285	1500	620	—	0,22	1,364	++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
30.	285	1500	780	—	0	0,0	++	—	—	Sang und schimpfte.	
Mai											
1.	285	1500	980	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
2.	225	1500	640	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
3.	285	1500	520	—	0,10	0,52	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
4.	220	1500	620	—	0,14	0,868	+	—	—	Schalt auf die Bande.	
5.	285	1500	900	—	0	0,0	+	—	35,4	Sang und schalt viel.	
6.	170	1340	1000	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel.	**Schimpfte auf die Bande.**
7.	285	1500	580	—	0	0,0	++	—	—	Schalt fast ununterbrochen.	
8.	220	1500	780	—	0,10	0,78	++	—	—	Schalt und sang.	
9.	225	1500	740	—	0,10	0,74	+	—	—	Schalt und weinte zuweilen.	
10.	285	1500	580	—	0	0,0	+++	—	—	Schalt.	
11.	285	1500	580	—	0	0,0	+	—	36,5	Sang und schalt.	
12.	285	1500	1200	—	0	0,0	++	—	—	Sang und schalt.	
13.	285	1500	780	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel, schmierte.	
14.	285	1500	840	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
15.	285	1500	680	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel.	
16.	225	1500	840	—	0,10	0,84	+	—	—	War den ganzen Tag sehr laut.	
17.	285	1500	960	—	0	0,0	+	—	—	Schalt ununterbrochen auf d. **Verfolger,** schmierte.	
18.	220	1500	640	—	0,12	0,768	+	—	36,9	Schalt ununterbrochen.	**Schimpfte auf die Bande.**
19.	225	1500	1200	—	0	0,0	+	—	—	Ziemlich ruhig.	

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssigkeit	Harnmenge	Spez. Gewicht	% Zukker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Körper-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908 Mai											
20.	285	1500	1000	—	0,12	1,20	+	—	—	Schalt viel.	
21.	285	1500	940	—	0,14	1,316	+	—	—	Am Nachmittag sehr erregt, schimpfte heftig.	
22.	220	1500	880	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
23.	285	1500	1400	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
24.	285	1500	1000	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
25.	225	1500	900	—	0	0,0	++	—	36,3	Schalt.	
26.	285	1500	1000	—	0,10	1,00	++	—	—	Schalt.	
27.	285	1500	1050	—	0	0,0	+	—	—	Schalt immer noch.	
28.	285	1500	650	—	0	0,0	++	—	—	Schalt.	
29.	285	1500	600	—	0,10	0,60	+	—	—	Schalt.	
30.	285	1500	1150	—	0	0,0	+	—	—	Schalt ununterbrochen.	
31.	285	1500	650	—	0	0,0	++	—	—	Schalt ununterbrochen.	
Juni											
1.	285	1500	800	—	0	0,0	++	—	36,5	Schalt.	
2.	285	1500	580	—	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
3.	225	1500	540	—	0,24	1,290	++	—	—	Schalt unaufhörlich.	
4.	285	1500	440?	—	0	0,0	++	—	—	Schalt auf ihre Verfolger.	
5.	285	1500	620	—	0	0,0	+	—	—	Schalt über die Bande.	
6.	220	1500	400	—	0,20	0,8	+	—	—	Schalt auf die Verfolger.	
7.	285	1500	500	—	0,14	0,70	+	—	—	Schalt viel.	
8.	285	1500	900	—	0	0,0	+	—	—	Schalt viel.	
9.	285	1500	540	—	0	0,0	+	—	35,5	Schalt viel.	
10.	285	1500	600	—	0,20	1,20	++	—	—	Schimpfte über die Bande.	
11.	285	1500	720	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte.	
12.	285	1500	380?	—	0	0,0	++	—	—	Schimpfte viel.	
13.	225	1500	480	—	0	0,0	++	—	—	Schalt auf die Verfolger.	
14.	285	1500	440	—	0	0,0	+	—	—	Ziemlich ruhig, sang zeitweise.	
15.	220	1500	420	—	0	0,0	++	—	35,0	Sang und schalt.	
16.	285	1500	210?	—	0	0,0	+	—	—	Sang und schalt.	
17.	285	1500	300	—	0	0,0	+	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
18.	285	1500	340	—	0	0,0	++	—	—	Schimpfte.	
19.	225	1500	320	—	0	0,0	++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
20.	285	1500	400	—	0	0,0	+	—	—	do.	

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21.	285	1500	?	—	0	0,0	++	—	—	Schimpfte den ganzen Tag.	
22.	220	1500	560	—	0,56	3,136	0	—	—	do.	
23.	285	1700	380	—	0,64	2,432	+	—	35,0	Schimpfte.	
24.	285	1700	400	1020	0,52	2,08	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
25.	285	1500	280	1020	0,34	0,952	+	—	—	Schalt den ganzen Tag.	
26.	225	1700	540	1010	0	0,0	+	—	—	do.	
27.	285	1700	500	1020	0	0,0	++	—	—	do.	
28.	285	1700	230	1022	0,28	0,644	+++	—	—	do.	
29.	210	1300	560	1014	0,18	1,008	+	—	—	do.	
30.	285	1700	440	1020	0	0,0	++	—	35,0	do.	
Juli											
1.	285	1700	500	1018	0	0,0	++	—	—	do.	
2.	285	1700	280	1018	0	0,0	++	—	—	Schalt und unterhielt sich.	
3.	285	1700	640	1012	0	0,0	++	—	—	Lag ruhig, schimpfte.	
4.	225	1710	500	1016	0	0,0	+	—	—	Schalt.	
5.	285	1700	540	1014	0,20	1,080	++	—	—	Schalt auf die Bande.	Schalt und klopfte auf die Decke.
6.	285	1700	540	1020	0,16	0,864	+	—	34,5	Schimpfte den ganzen Tag.	
7.	285	1700	840	1012	0	0,0	+	—	—	do.	
8.	225	1700	380	1014	0	0,0	+	—	—	do.	
9.	285	1700	160?	1020	0	0,0	++	—	—	Sang und schalt.	
10.	285	1700	400	1010	0	0,0	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
11.	225	1700	970	1012	0	0,0	++	—	—	Schalt auf die Bande.	
12.	285	1700	400	1016	0,18	0,720	+	—	—	Schimpfte, sie sei nicht im Kranken- sondern im Räuberhaus.	
13.	285	1700	380	1024	0,10	0,38	++	—	34,4	Schalt den ganzen Tag.	
14.	285	1500	320	1024	0	0,0	++	—	—	Sang und schimpfte.	
15.	285	1300	300	1023	0	0,0	++	—	—	Sang und schimpfte.	
16.	285	1300	445	1018	0,18	0,801	++	—	—	Sagte, unter dem Bett säße einer, der wolle sie töten, stieß mit den Füßen.	
17.	225	1300	580	1019	0	0,0	++	—	—	Sang und schalt.	
18.	285	1300	120?	1019	0	0,0	++	—	—	Weinte, sang und schalt.	
19.	285	1300	430	1020	0	0,860	++	—	—	Sang und schalt.	
20.	220	1300	260	1022	0	0,0	+	+	34,5	Sang und schalt.	
21.	385	1300	385	1020	0,12	0,462	+++	0	—	Sang und schalt.	
22.	225	1300	265	1020	0,16	0,424	+	0	—	Sang und schalt.	
23.	285	1500	600	1013	0	0,0	++	++	—	Schimpfte sehr laut.	
24.	285	1500	550	1013	0	0,0	++	+++	—	Weinte und schimpfte.	
25.	225	1500	400	1018	0,28	1,12	+	++	—	Weinte und schimpfte.	
26.	285	1500	280?	1022	0,20	0,728	++	+++	—	Weinte und schimpfte.	

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 823.

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Kohle-hydrat	Nahr.-Flüssig-keit	Harn-menge	Spez. Gewicht	% Zuk-ker	Absol. Zucker	Bial	Indic.	Kör-per-Gew. kg	Psychisches Verhalten [1]) (tags)	Psychisches Verhalten [1]) (nachts)
1908											
Juli											
27.	285	1500	210	1022	0,18	0,378	+	+ + +	34,0	Schimpfte.	
28.	285	1500	145	1022	0,10	0,145	+ +	+ +	—	Schalt, klopfte und wühlte im Bett.	
29.	190	1000	270	1022	0,12	0,324	+	0	—	Schimpfte.	
30.	285	1500	260	1024	0	0,0	+ +	+ + +	—	Schimpfte.	
31.	275	1500	145 ?	1022	0	0,0	+ +	0	—	Schimpfte.	
Aug.											
1.	215	1500	460	1010	0,10	0,46	+ +	+ + +	—	Schalt auf die Raßbande.	
2.	275	1500	290	1021	0,14	0,406	+ +	+	—	Sang und schalt, weinte.	
3.	210	1500	880	1010	0	0,0	+ +	0	35,0	Schalt.	
4.	215	1500	830	1010	0	0,0	+ +	+ +	—	Sehr laut.	
5.	275	1500	370	1017	0	0,0	+ +	+ + +	—	Schalt und sang.	
6.	275	1300	490	1017	0,10	0,49	+	+ + +	—	Schalt und sang sehr laut.	
7.	275	1500	640	1014	0,40	2,56	+ +	+	—	Schalt.	
8.	215	1500	250	1015	0,20	0,50	+ +	+ + +	—	Schlief zeitweise.	
9.	275	1500	500	1014	0,12	0,60	+	+ +	—	Schimpfte.	
10.	255	1200	690	1012	0,20	1,38	0	+	—	Schimpfte auf die Verfolger.	
11.	260	1300	830	1011	0	0,0	+	+ +	35,0	Sang und schalt.	
12.	195	1250	1000	1009	0,10	1,00	+ +	+ + +	—	Sang und schalt.	
13.	260	1100	650	1013	0,10	0,650	+	+	—	Sang und schalt.	
14.	265	1350	450	1010	0,10	0,450	+	+ +	—	Sang und schalt.	
15.	200	1300	400	1014	0,12	0,48	+ +	+ + +	—		
16.	260	1300	780	1009	0	0,0	+ +	+ +	—		
17.	190	1200	860	1011	0	0,0	+	+ +	—		
18.	200	1100	260	1015	0	0,0	+	+ +	—		
19.	240	800	400	1019	0	0,0	+ +	+ +	35,0		

[1]) Vgl. Anmerkung zu S. 821.

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox [1]).

Von

Oberarzt Dr. **Tomaschny**-Treptow a. R.

und

Prof. Dr. **E. Meyer**-Königsberg.

I.

Referat von Dr. *Tomaschny.*

Das Thema, mit dessen Bearbeitung Sie in der vorjährigen Sitzung Herrn Prof. *Meyer* und mich betrauten, lautet: „Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox". Damit wir uns bei den folgenden Ausführungen gegenseitig verstehen, ist es notwendig, daß wir uns vorher über die Grundlage verständigen, auf der sich unsere Betrachtungen aufbauen, und es empfiehlt sich deshalb, heute den Begriff der Dementia praecox genau in dem Sinne aufzufassen, wie er uns von *Kraepelin* gegeben ist. Die Meinungsverschiedenheiten, die sich darüber ergeben haben, ob *Kraepelin* bei seiner Begriffsbestimmung der Dementia praecox die Grenzen zu weit gesetzt habe, oder ob etwa noch weitere Krankheitsformen, wie z. B. gewisse Formen des Entartungsirreseins, dieser Krankheitsgruppe unterzuordnen seien, wollen wir völlig außer acht lassen. Bevor wir aber zum eigentlichen Thema übergehen, sei noch mit einigen Worten hingewiesen auf die Wandlung, die sich in der Auffassung über das Wesen der Dementia praecox im Laufe der Zeit allmählich vollzogen hat. Während man früher gewohnt war, die Dementia praecox fast ebenso als funktionelle Psychose anzusehen wie etwa das manisch-depressive Irresein, fand im Laufe der Zeit eine Verschiebung der An-

[1]) Referat erstattet in der Sitzung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie in Danzig am 5. Juli 1909.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sichten in dem Sinne statt, daß man es bei der Dementia praecox, wie auch *Thomsen*[1]) in seinem bekannten Referat hervorhebt, sehr wahrscheinlich mit einer organisch bedingten Geistesstörung zu tun habe, und es fehlte nicht an vergleichenden Hinweisen auf die progressive Paralyse. Neben den gemachten mikroskopischen Befunden trug zu diesem Wechsel der Anschauungen wesentlich bei der Umstand, daß man den früher fast ganz vernachlässigten körperlichen Begleitsymptomen immer mehr seine Aufmerksamkeit schenkte. Die Erkenntnis von der hohen Bedeutung, welche die Erforschung der körperlichen Symptome für die weitere Erschließung des Wesens der Dementia praecox hat, ist wohl auch für die vorjährige Versammlung der Anlaß gewesen, das eingangs erwähnte Thema zum Gegenstand eines Referats zu machen. Die Arbeitsteilung ist in der Weise geschehen, daß Herr Prof. *Meyer* Ihnen über die objektiv nachweisbaren körperlichen Störungen bei der Dementia praecox berichten wird, während ich die subjektiven Empfindungen dabei behandle; doch wird sich hierbei, wie ich gleich erwähnen möchte, die Teilungsgrenze nicht immer ganz scharf innehalten lassen.

Die Zahl der subjektiven Empfindungen bei der Dementia praecox ist nun, wie ich gleich vorausschicken möchte, sehr groß, und nur ein kleiner eng begrenzter Teil von ihnen kommt hier für uns in Betracht. Auszuschließen sind zunächst alle rein psychogenen Empfindungen, mit welchen wir häufig die sonstigen Krankheitserscheinungen der Dementia praecox durchsetzt finden. Nach *Binswanger*[2]) kommen hier hysterische Symptome so häufig vor, daß er sich berechtigt glaubt, nicht nur von Mischformen zwischen Hysterie und juvenilen Verblödungsprozessen zu sprechen, sondern daß er unter den hysterischen Geistesstörungen als eine besondere Gruppe jugendliche Verblödungsprozesse heraushebt, bei welchen verhältnismäßig häufig unzweifelhaft hysterische Symptome die Vorläufererscheinungen des geistigen Verfalls bilden. Daß wir ferner solche subjektive Empfindungen nicht berücksichtigen, die mit rein akzidentellen und zu der Psychose in gar keiner Beziehung stehenden körperlichen Veränderungen zusammenhängen, ist ja selbstverständlich. Schwieriger ist es schon,

[1]) *Thomsen*, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 64 S. 631 ff.

[2]) *Binswanger*, Die Hysterie, 1903.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die mannigfachen Organempfindungen, die man für gewöhnlich unter den Begriff der hypochondrischen Vorstellungen unterordnet, in richtiger Weise zu würdigen. Auch sie kommen bei der Dementia praecox reichlich vor, und wir werden sie später an den geeigneten Stellen besonders berücksichtigen müssen. Das Hauptgewicht legen wir vor allen Dingen auf solche subjektive Störungen, bei denen wir irgendeinen inneren Zusammenhang mit der Psychose vermuten, und die sich dabei auch mit einer relativen Häufigkeit wiederholen.

Nicht unterlassen möchte ich es, hier gleich auf einige Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich dem Versuch, ein größeres Material zu der Frage nach den körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox zusammenzutragen, entgegenstellten. Wenn die ganze Forschung überhaupt fruchtbringend sein sollte, dann war es natürlich notwendig, nicht bloß Zustandsbilder zu sammeln, sondern es mußten die Krankheiten möglichst in ihrem ganzen Verlauf verfolgt werden, und hierbei ergab sich zunächst eine rein äußerliche Schwierigkeit. Entsprechend der Auffassung von dem rein funktionellen Charakter der Dementia praecox schenkte man früher den vorkommenden körperlichen Störungen nicht genügende Aufmerksamkeit, und dementsprechend finden sich hierüber in den Krankengeschichten mitunter nur ziemlich spärliche Aufzeichnungen. Wohl habe ich mich bemüht, die vorhandenen Lücken durch eingehendes Befragen und Untersuchen auch der ältesten Fälle nach Möglichkeit auszufüllen, doch konnte dies natürlich nur unvollkommen gelingen. Vielfach stellten sich hierbei Stumpfheit, Indolenz und Schwachsinn hindernd in den Weg, und bei den frischeren und besonneneren Kranken wiederum fand ich häufig, daß sie stark dissimulierten in der Hoffnung, dadurch eher ihre Entlassung zu erlangen. Immerhin ist das gewonnene Material noch reichlich genug, um daraus einige verwertbare Schlüsse ziehen zu können. Meinen Untersuchungen liegen rund 150 Fälle zugrunde, dazu kommt noch das Ergebnis, welches Herr Prof. *Meyer* bei 238 Fällen von Dementia praecox gefunden und mir freundlichst überlassen hat. Wir wenden uns nun zur Besprechung dieses Materials, und zwar schenken wir zunächst unsere Aufmerksamkeit den subjektiven Empfindungen auf dem Gebiete des Nervensystems und unter diesen wieder an erster Stelle dem Kopfschmerz.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über den Kopfschmerz bei der Dementia praecox durfte ich bereits im vorigen Jahre hier vor Ihnen sprechen. Ich habe seitdem dieser Erscheinung auch weiterhin meine Aufmerksamkeit zugewandt und komme auch heut zu dem Ergebnis, daß wir fast in jedem einzelnen Falle von Dementia praecox, wo wir überhaupt verwertbare Angaben erhalten, das Auftreten von Kopfschmerzen beobachten können, und zwar nicht bloß vor Ausbruch und im Beginn, sondern auch während des ganzen weiteren Verlaufs der Krankheit. Die Klagen über Kopfschmerzen äußern die Kranken zum Teil spontan, zum Teil erfahren wir von ihnen erst durch Befragen.

Was zunächst den Sitz der Schmerzen betrifft, so wird er von einigen Kranken mehr in die äußeren Schädelbedeckungen, von den meisten in das Innere des Kopfes verlegt. Eine noch genauere Lokalisation der Schmerzen in bezug auf die einzelnen Regionen des Schädels gelang nur in etwa der Hälfte der Fälle. Es fand sich dabei, daß der Schmerz in der überwiegenden Zahl der Fälle in die Stirn verlegt wurde, darauf folgte die Schläfengegend, dann der Hinterkopf und schließlich die Gegend des Scheitels. *Kahlbaum*[1]) hat in seiner bekannten Monographie über die Katatonie den Hinterkopfschmerz als charakteristisch für diese Krankheit bezeichnet; ich fand im Gegensatz dazu bei Katatonie gerade die Stirn regelmäßig als Sitz der Schmerzen. In sehr vielen Fällen war eine genauere Lokalisation des Schmerzes nicht möglich, er war diffus. Manchmal wurde er auch an mehreren genau bestimmten Stellen, wie Stirn und Hinterkopf, zu gleicher Zeit empfunden.

Was den Charakter des Schmerzes betrifft, so begegnen wir hier einer Unzahl von Variationen; bald ist es ein „Drücken und Zucken vor der Stirn", ein Stirnkopfschmerz „wie ein Dämmern", ein „Prickeln auf dem Scheitel", „Gehirnzucken in der Tiefe", ein Schmerz, „als ob ein Wurm drin bohrt" oder „als ob ein Zahngebiß drin beißt", ein „Summen und Brummen", „ein Gefühl, als ob das Gehirn eingewickelt wäre" und dergleichen. Die Stärke des Schmerzes schwankt zwischen den leisesten Graden, „so, als ob der Kopf befaßt würde", bis zu „furchtbaren Schmerzen, als ob mit einem Zentner gegen die Stirn geschlagen würde". Herr Prof. *Meyer* teilte

[1]) *Kahlbaum*, Die Katatonie. Berlin 1874, S. 52.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir einen Fall mit, wo die Kopfschmerzen so stark und von Erbrechen begleitet waren, daß an einen Hirntumor gedacht wurde.

Neben den Kopfschmerzen finden wir allerhand Sensationen im Kopfe, die zum Teil mit ganz eigenartigen Namen belegt werden. Es ist „dunstig und stickig" im Kopfe, einer hat das Gefühl, „als ob kalter oder warmer Leim darin ausgegossen wäre"; ein anderer beklagt sich, daß ihm die „Kopfhaut abgehoben" wird und dergleichen. Sehr häufig klagen die Kranken auch über Blutandrang und Hitzegefühl im Kopfe, letzteres zuweilen für sich allein, zuweilen abwechselnd mit Kältegefühl. Diesen Wechsel drückte ein Kranker aus, indem er sagte, er fühle manchmal „Bekühlung", manchmal „Bescheinung".

Was die anatomische Grundlage für die verschiedenen Arten der beschriebenen Schmerzen und Sensationen anlangt, so glaube ich, kommen hier drei verschiedene Prozesse in Betracht. Erstens handelt es sich bei manchen Empfindungen wohl um Parästhesien oder Neuralgien in den Nerven der Kopfschwarte. Die peripheren Nerven sind ja, wie wir später sehen werden, bei unserem Krankheitsprozeß in ziemlich großem Umfange beteiligt. Nach *Krafft-Ebing*[1]) sollen Paralgien der Nn. occipitales das Gefühl der Gedankenhemmung auslösen. Zweitens — und das wird wohl in den meisten Fällen zutreffen — handelt es sich um Veränderungen in den Meningen, und zwar denke ich hierbei hauptsächlich an Schwankungen in der Blutfüllung und an vorübergehende Ödeme. Als Stütze für letztere Annahme möchte ich anführen die Neigung der Kranken mit Dementia praecox zu fliegenden Ödemen überhaupt und sodann den Umstand, daß man bei plötzlichen Todesfällen solcher Kranker vielfach ein stark ausgesprochenes Ödem der weichen Hirnhäute gefunden hat. Letzteren Befund hat auch *Bleuler* in seinem vorjährigen Referat besonders betont. Schließlich müssen wir aber auch daran denken, daß der mit der Krankheit einhergehende Zerstörungsprozeß in der Hirnrinde an diesem Orte selbst die Schmerzen verursacht, denn nach neueren Anschauungen (*Müller*)[2]) soll entgegen der früheren Annahme die Hirnsubstanz selbst sehr wohl schmerzempfindlich sein. In enger Beziehung zu dem Stirnkopfschmerz stehen wohl die nicht selten

[1]) *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1890, S. 133.

[2]) *Müller, L. R.*, Über die Empfindungen in unseren Organen. Zentralblatt f. Nervenh. u. Psych. 1907 S. 905.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angegebenen Augenschmerzen, bei denen es sich, wie ich glaube, fast immer um eine Irradiation des Stirnkopfschmerzes handeln wird.

Nächst den Kopfschmerzen und seinen Abarten spielen in den Klagen unserer Kranken eine sehr große Rolle allerhand Schwindelgefühle, die 46 mal festgestellt wurden. Die Art des Schwindels wird sehr verschieden beschrieben. „Es ist, als ob der Boden sich hebt und senkt, als wenn man in die Luft gehoben würde"; ein Kranker hatte das Gefühl, als ob er immer durch einen Stoß nach vorn aus dem Gleichgewicht gebracht würde usw. *Meyer*[1]) hat öfter bei seinen Kranken eine Art Drehschwindel gefunden: es war ihnen, wie wenn ein Karussell im Hause wäre, als sei alles auf Walzen, und Ähnliches. Die Entstehung des Schwindelgefühls erklärt *Ziehen*[2]) in einem Teil der Fälle als Folge von Halluzinationen im Nervus vestibularis, durch den wir bekanntlich die Lage unseres Kopfes im Raum fühlen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden wir es, wie ich glaube, mit plötzlichen Änderungen der Blutfülle im Gehirn zu tun haben, die nach *Oppenheim*[3]) schwindelerregend wirken. Für letztere Annahme würde die häufige Kombination des Schwindelgefühls mit Blutandrang nach dem Kopfe und mit Kopfschmerzen sprechen. Nicht außer acht lassen dürfen wir aber auch die Möglichkeit, daß in manchen Fällen das Schwindelgefühl mit Innervationsstörungen der äußeren Augenmuskeln zusammenhängt, die z. B. in Form von Nystagmus gar nicht so selten bei Dementia praecox beobachtet sind.

An die Schwindelempfindungen mannigfacher Art reihen wir zweckmäßig an die verschiedenen Erscheinungen, die wir gewöhnlich unter dem Sammelnamen der „Anfälle" zusammenfassen. Solche Anfälle wurden im ganzen 37 mal beobachtet. Die Anfälle gleichen in ihren leichteren Formen ganz den gewöhnlichen Ohnmachten mit Gesichtsblässe, Schwarzwerden vor den Augen und rasch vorübergehender Bewußtlosigkeit; zuweilen erinnern sie sehr an hysterische Anfälle mit tiefer beschleunigter Atmung und tonischen Krampferscheinungen bei anscheinend erhaltenem Bewußtsein; sie können aber auch einen ganz schweren Grad mit tiefer Bewußtseinsstörung.

---

[1]) *Meyer*, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Archiv f. Psych. Bd. 32 S. 861.

[2]) *Ziehen*, Psychiatrie, III. Aufl. S. 24.

[3]) *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 5. Aufl. S. 1369.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kurzdauernden klonischen Krämpfen und Schaum vor dem Munde erreichen. Einer unserer Kranken hat sich wiederholt in solchen Anfällen nicht unerhebliche Verletzungen zugezogen. *Urstein*[1]) hat unter 200 Frauen 11 mal Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle und 23 mal Anfälle mit Zuckungen beobachtet, unter 180 Männern 12 mal epileptiforme Anfälle. Sämtliche Arten der Anfälle kommen nach übereinstimmender Meinung der Autoren hauptsächlich im Beginn der Krankheit vor; sie sollen nach *Urstein* bei Frauen mindestens doppelt so häufig auftreten wie bei Männern und überhaupt fast ausschließlich bei Belasteten. Letztere Tatsache erklärt *Urstein* mit Hülfe der Selbstvergiftungstheorie in der Weise, daß eben ein von Hause aus minderwertiges Gehirn auf das Toxin mit bedrohlicheren Symptomen reagiert. Obwohl sie manchmal einen psychogenen Eindruck machen, sind die Anfälle, wie *Hüfler*[2]) hervorhebt, nicht als hysterische Beifügungen anzusehen, sie sind Anfälle sui generis. Sie gleichen manchmal vollkommen den epileptischen Anfällen, und da sie, wie bereits erwähnt, namentlich im Beginn der Erkrankung auftreten, bevor noch die psychischen Symptome deutlich geworden sind, werden solche Kranke häufig als Epileptiker angesehen. Wir haben in Treptow fünf solche Kranke, die uns mit der Diagnose der Epilepsie zugegangen sind und auch bei uns in der ersten Zeit noch typische epileptische Anfälle hatten, sich aber später unter Ausbleiben der Krampferscheinungen als ganz einwandfreie Fälle von Dementia praecox entpuppten. Eine von diesen Kranken fühlte nach ihrer Angabe immer das Nahen eines Anfalles; wir können hier also fast von einer Aura sprechen. Die Vergleiche, die sich durch solche Umstände mit der Epilepsie ergeben, sind von manchen noch weiter ausgesponnen worden; so hat *Trömner*[3]) z. B. versucht, gewisse delirante Zustände der Katatoniker als Äquivalente für katatonische Anfälle darzustellen.

Im Anschluß an die Besprechung der katatonischen Anfälle möchte ich hier noch erwähnen, daß ich bei einem Kranken mit Katatonie wiederholt vorübergehende Zustände von A p h a s i e beobachtet

---

[1]) *Urstein*, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Berlin 1909, S. 30.

[2]) *Hüfler*, Über die katatonischen Anfälle. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1908 S. 469.

[3]) *Trömner*, Das Jugendirresein. Halle 1900, S. 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

habe. Auf das — allerdings seltene — Vorkommen solcher Zustände hat ebenfalls schon *Trömner* aufmerksam gemacht. Schließlich muß ich auch auf das gar nicht seltene Vorkommen von eigenartigen Zuständen von Benommenheit bei Dementia praecox hinweisen. Die Kranken machen zuweilen einen ganz unbesinnlichen Eindruck, starren ganz ratlos ihre Umgebung an oder wühlen in ihren Betten herum und gleichen dann ganz einem benommenen Paralytiker oder einem dämmernden Epileptiker. *Bleuler*[1]) sagt von solchen Benommenheitszuständen, daß sie denen bei Hirndruck ähneln, und daß sie einen man möchte sagen organischen Eindruck machen. Vielleicht können wir derartige Zustände ebenfalls in Zusammenhang bringen mit vorübergehenden Ödemen der weichen Hirnhäute.

Beschwerden, als deren Ausgangspunkt wir das Rückenmark anzusehen hätten, sind im allgemeinen nicht häufig, ich habe sie nur dreimal gefunden. Es ist dies auch nicht sehr auffallend, denn es pflegen ja auch sonst chronische Nervenleiden nur selten mit subjektiven Störungen von seiten des Rückenmarkes einherzugehen. Nur einigemal hörte ich die Kranken über Schmerzen, Stiche und Steifigkeit im Rücken klagen; einer hatte das Gefühl, als ob durch sein Rückgrat ein Eisenstab gezogen wäre, ein anderer, als ob im Rückenteil der Wirbelsäule eine Geschwulst entstände. Bei allen diesen Beschwerden ist es ja auch noch zweifelhaft, ob sie nicht ebenso auf Empfindungen im Skelett oder in der Muskulatur bezogen werden können.

Sehr zahlreich und häufig, nämlich 28mal, sind dagegen wieder die verschiedenen Empfindungen im Bereich der peripheren Nerven, die auch von den Kranken selbst meist dahinein verlegt werden. Wir hören hier sehr viel von Stechen und Pieken, von Kneifen und Ziehen in den Nerven, von Kriebeln und Taubsein, von leichtem Einschlafen der Glieder. Ein Kollege klagte, seine Nerven seien hypertrophisch. Sehr beliebt ist auch der oft gewiß sehr zutreffende Vergleich mit dem Durchziehen eines elektrischen Stromes durch den Körper; ein Kranker sagte direkt, es sei ihm so, als wäre er an zwei elektrische Pole angeschlossen. Die Kranken leiden sehr unter diesen mannigfachen peripheren Empfindungen, den „Tressierungen", wie sie

[1]) *Bleuler*, Endzustände der Dementia praecox. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1908 S. 457.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich oft ausdrücken, und ich glaube, daß das Sich-wund-scheuern der Kranken in vielen Fällen durch derartige Parästhesien bedingt ist. Daß irgendeines der peripheren Nervengebiete im Verhältnis zu den anderen besonders häufig befallen würde, habe ich nicht feststellen können. Auch richtige Schmerzanfälle kommen zuweilen vor, und zwar in Verbindung mit vasomotorischen Störungen. *Hüfler*[1]) erwähnt einen Kranken mit zeitweiligen Schmerzanfällen im zweiten Trigeminusast, wobei die Backe gerötet und heiß war. Daß auch die motorischen Nerven nicht ganz unbeteiligt bleiben, dafür sprechen die öfter gehörten Klagen der Kranken über Zittern oder Zusammenkrampfen einzelner Glieder, über Beben im ganzen Körper und dergleichen.

Über subjektive Störungen von seiten des Herzens wurde annähernd in dem vierten Teil der untersuchten Fälle geklagt, ohne daß objektiv nachweisbare Veränderungen, insbesondere Arteriosklerose oder sonst eine organische Herzerkrankung, vorlagen. Die Beschwerden waren zum Teil schmerzhafter Natur, sie wurden als: Drücken, ruckweise Stiche, Herzzucken, Brustbeklemmungen, Knupsen und Rucken, kaltes Stechen in der Herzgegend, Amyloiddegeneration des Herzens und dergleichen geschildert; zum Teil bezogen sie sich auf die Tätigkeit des Herzens, und zwar einerseits in Form von Klagen über mangelhafte Tätigkeit, wie: das Herz schlägt unregelmäßig, das Herz steht still, der Puls geht nicht, das Blut funktioniert nicht richtig und dergleichen; andererseits wird wieder sehr häufig über zu starke Herzaktion, über das Gefühl von Herzklopfen geklagt. Diese verschiedenen Klagen sind nicht etwa stets als psychisch bedingt anzusehen, denn wir können tatsächlich oft genug Abweichungen der Herztätigkeit nachweisen.

Einer besonderen Besprechung bedürfen hier noch die Angstzustände, die mit zu den quälendsten Empfindungen unserer Kranken gehören. Selbstverständlich scheiden hier von unserer Betrachtung alle diejenigen Angstzustände aus, die durch psychische Vorgänge — Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen — bedingt sind; wir berücksichtigen nur diejenigen Zustände, welche unsere Kranken häufig selbst als „Herzangst“ bezeichnen und die auch meist

[1]) *Hüfler*, l. c. S. 470.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit andern unangenehmen Herzempfindungen wie Herzklopfen, Druckgefühl in der Herzgegend, und dergleichen verbunden sind. Solche Zustände fand ich 7 mal verzeichnet. In ihrer klinischen Erscheinung gleichen diese Angstanfälle genau den bei organischen Herzleiden beobachteten. Ihre Entstehung erklärt *Krafft-Ebing*[1]) als Folge einer Übererregbarkeit der vasomotorischen Nerven des Herzmuskels und dadurch bedingten Gefäßkrampf. Die infolgedessen gestörte Funktion der automatischen Ganglien des Herzmuskels wird von den sensiblen Fasern des Herzens dem Organ des Bewußtseins übermittelt und erzeugt dort das Gefühl der Angst, die dann an den Entstehungsort projiziert wird.

Durch Störungen im peripheren Blutkreislauf werden auch ziemlich häufig unangenehme Empfindungen ausgelöst. Sie bestehen fast immer in lästig empfundenem Hitze- und Kältegefühl und entsprechen durchaus der sehr häufig zu beobachtenden großen Labilität des Gefäßsystems unserer Kranken.

Auffallend häufig, und zwar 34mal, fanden sich subjektive Störungen von seiten des Verdauungskanals. Im Munde haben die Kranken oft einen unangenehmen Geschmack, der als „bitter", als „alkoholisch", als „Blutgeschmack" und dergleichen bezeichnet wird; daneben finden wir Klagen über Brennen, Sodbrennen, saures Aufstoßen usw. Wir können dann beobachten, daß manche Kranke sich stundenlang räuspern und spucken. Bei näherem Zusehen finden wir hierbei manchmal, aber nicht immer, einen Zungenbelag, Foetor ex ore, leichten Rachenkatarrh und dergleichen.

Auch der Magen ist vielfach der Sitz zahlreicher Beschwerden; es wird geklagt über Drücken, über Hitze- und Kältegefühl, über ein Gefühl von Rauheit vor dem Magen, über Magenkrämpfe, über die Empfindung, als ob der Magen „aufgepumpt" oder „vergast" sei und dergleichen. Interessant ist, daß sich zuweilen eine Periodizität der Magenbeschwerden, und zwar in Verbindung mit einer Verschlechterung im psychischen Befinden, feststellen läßt. Ein Kranker hatte selbst herausgefunden, daß sich bei ihm vor jedem neuen Erregungszustande ein Gefühl von Übelkeit und Rauheit vor dem Magen einstellte. Nicht selten können wir auch beobachten, daß die Magen-

[1]) *Krafft-Ebing*, l. c. S. 141.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beschwerden namentlich im Beginn der Erkrankung mit besonderer Heftigkeit auftreten. Drei von unseren Kranken hatten sich wegen Magenkatarrh in das Krankenhaus begeben, wo dann im Laufe der Behandlung eine beginnende Psychose (Dementia praecox) bei ihnen erkannt wurde.

Von seiten des Darmes beziehen sich die vorhandenen Beschwerden fast regelmäßig auf Stuhlträgheit und Aufgetriebensein des Leibes. Letzteres Gefühl gibt dann häufig die Grundlage zu allerhand Wahnvorstellungen ab, es erweckt bei Frauen den Glauben an vorhandene Gravidität.

Was den Grund zu diesen häufigen Beschwerden von seiten des Verdauungskanales betrifft, so muß wohl zugegeben werden, daß hier in vielen Fällen ein unzweckmäßiges Verhalten der Kranken an ihrer Entstehung die Schuld trägt, der Hauptsache nach aber müssen wir hier an Sekretions- und Innervationsstörungen denken. Nach *Ziehen*[1]) ist bei den schweren katatonischen Zuständen eine gesteigerte Salzsäureproduktion (Hyperchlorhydrie) bereits erwiesen, und nach demselben Autor ist bei verschiedenen psychischen Affektionen, namentlich depressiver Natur, auch eine Störung der Sekretion des Darmsaftes wahrscheinlich. Wir können ja im Verlauf der Dementia praecox auch in andern Drüsen des Verdauungskanals, die unserer Beobachtung besser zugänglich sind, eine abweichende Tätigkeit feststellen. Ich erinnere nur an die Ihnen allen bekannte, zuweilen sehr stark auftretende Steigerung der Speichelsekretion.

An dieser Stelle möchte ich noch mit einigen Worten auf das öfter zu beobachtende und zuweilen periodisch auftretende Erbrechen bei unsern Kranken eingehen, das ich 8mal zu beobachten Gelegenheit hatte. Zuweilen im Anschluß an die Mahlzeiten, öfter aber auch ganz unabhängig von diesen stellt sich bei manchen Kranken, und zwar in der Regel Katatonikern, eine Zeitlang hindurch täglich ein- bis zweimal, manchmal auch noch öfter, hartnäckiges Erbrechen ein. Das Erbrochene enthält keine besonders auffallenden pathologischen Beimengungen, wie z. B. Blut; es läßt sich auch sonst, soweit eine exakte Untersuchung möglich ist, kein ernsteres Magenleiden feststellen. Die Kranken gehen in dieser Zeit an Körpergewicht zurück.

[1]) *Ziehen*, l. c. S. 198.

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ohne daß es einer besonderen Therapie bedürfte — auch diätetische Vorschriften haben, wie ich mich überzeugte, keinen Zweck —, läßt nach einiger Zeit das Erbrechen nach, die Kranken nehmen an Körpergewicht wieder zu, zuweilen sogar unter Entwicklung einer wahren Freßgier, und nach einem kürzeren oder längeren Intervall wiederholt sich die nämliche Erscheinung des täglichen Erbrechens. Vielleicht können wir diese Erscheinung wenigstens in manchen Fällen als eine Art Negativismus auffassen, ob dies aber für alle Fälle zutrifft, scheint mir zweifelhaft. Ich habe auch durch Befragen der Kranken nie feststellen können, ob sie etwa durch subjektive Empfindungen zu dem Erbrechen gereizt worden sind.

Im Bereich des Respirationstraktus habe ich irgendwelche konstant oder wenigstens mit einiger Häufigkeit auftretende subjektive Empfindungen nicht feststellen können. Erwähnenswert erscheint mir hier nur ein Kranker, welcher sich oft darüber beschwerte, daß ihm die Zunge „durch Apparate gelockert wird und anfängt mitzuklappern". Möglicherweise haben wir es hier mit einer auch von *Hüfler*[1]) erwähnten Innervationsstörung im Gebiet des Hypoglossus zu tun, wobei sekundenlang einer oder mehrere Äste dieses Nerven gesondert innerviert werden, eine Erscheinung, die wir im Bereich des Facialis bei Dementia praecox ziemlich häufig zu sehen bekommen. Ein anderer Kranker, bei dem die linke Gesichtshälfte schwächer innerviert war als die rechte, und der auch beim Sprechen ziemlich starkes Zittern der Gesichtsmuskulatur zeigte, meinte im Munde links eine elektrische Ausrüstung zu haben, wodurch ihm das Sprechen erschwert würde.

Sehr zahlreich und vielgestaltig sind dann wieder die Empfindungen in dem Genitalapparat: es wird an den Geschlechtsteilen gespielt, das Glied wird steifgemacht, der Same wird abgezogen, es ist nachts der Beischlaf vollzogen worden und dergleichen. In vielen Fällen wird es sich hierbei zweifellos um den physiologischen Vorgang nächtlicher Erektionen und Pollutionen handeln, der dann in wahnhafter Weise umgedeutet wird. In andern Fällen wiederum spielen sicher Parästhesien in den mit besonderer Empfindlichkeit ausgestatteten Genitalnerven eine wichtige Rolle, wozu mitunter auch noch zufällige

[1]) *Hüfler*, l. c. S. 469.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

äußere taktile Reize hinzukommen. So erwähnt *Ziehen*[1]), daß eine Frau regelmäßig bei dem Druck einer auf ihr liegenden Bettdecke — und nur dann — alle Empfindungen einer Kohabitation hatte. Diese erwähnten Umstände allein erklären es aber, wie ich glaube, noch nicht zur Genüge, worin das sexuelle Moment in dem Vorstellungs- und Gefühlsleben unserer Kranken eine so große Rolle spielt. Bekannt ist ihnen allen das rücksichtslose und mit einer fast unglaublichen Beharrlichkeit fortgesetzte Masturbieren vieler unserer Kranken. Um einen Fortfall sittlicher Hemmungen allein kann es sich hierbei nicht handeln, denn das exzessive Masturbieren kommt bei andern Geisteskranken nicht in dem gleichen Maße vor, es ist gerade für die Dementia praecox fast charakteristisch. *Emma Gatz*[2]) hat in ihrer 1907 erschienenen Dissertation darauf hingewiesen, daß die Neigung zu stärkerer Masturbation periodisch auftritt und dann mit erhöhter Schweißsekretion einhergeht. Nach meinen Beobachtungen erklärt sich das gemeinsame Auftreten dieser beiden Erscheinungen dadurch, daß die Kranken einfach infolge des oft stundenlang mit großer Anstrengung fortgesetzten Masturbierens in Schweiß geraten; ob man eine gemeinsame Ursache für beide Erscheinungen annehmen soll, erscheint mir sehr fraglich. Dagegen glaube ich, daß wir die gesteigerte Sexualität der Kranken mit dem Vorhandensein irgendeines pathologischen Reizes in den Genitalien in Zusammenhang bringen müssen, der zu der Psychose in enger Beziehung steht. Ich verweise hierbei auf *Kraepelin*[3]), der ja in seiner Vergiftungstheorie der Dementia praecox eine Beziehung des von ihm angenommenen Toxins zu Vorgängen in den Geschlechtsorganen für wahrscheinlich hält. Auch *Kahlbaum*[4]) hat sich früher bereits in ähnlichem Sinne geäußert.

Die ebenfalls sehr häufigen und zahlreichen Empfindungen im Bereiche der Körperhaut, die meist als Pieken, Stechen, Elektrisieren, Brennen und dergleichen geschildert werden, decken sich der Hauptsache nach mit den bereits vorhin beschriebenen subjektiven Störungen, die durch Parästhesien, resp. Paralgien im

---

[1]) *Ziehen*, l. c. S. 40.

[2]) *Gatz*, Über körperliche Symptome bei Dementia praecox. Zürich 1907 S. 17.

[3]) *Kraepelin*, Psychiatrie, VIII. Aufl., S. 270.

[4]) *Kahlbaum*, l. c. S. 96.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bereich der peripheren Nerven oder durch Füllungsschwankungen in den Hautgefäßen bedingt sind; in manchen Fällen mögen sie auch durch umschriebene Hautödeme ausgelöst sein, die ja im Verlauf der Dementia praecox als vorübergehende Erscheinung ziemlich häufig beobachtet sind.

Auch in den Muskeln kommt es zu allerhand Anomalien der Empfindungen. Nach *Krafft-Ebing*[1]) geben sie den Anlaß zu der Vorstellung mancher Kranken, getragen zu werden, eine veränderte Schwere zu besitzen und dergleichen. Auch der Umfang, die Größe des ganzen Körpers oder einzelner Teile erscheint ihnen dann nicht selten verändert. Daß in den Muskeln tatsächlich irgend welche Veränderungen vor sich gehen, beweist die gesteigerte idiomuskuläre Erregbarkeit, die wir so oft beobachten können. Nach *Curschmann*[2]) handelt es sich bei dieser um eine rein myogene Erscheinung, bedingt durch die Einwirkung toxischer Stoffe auf die kontraktile Substanz.

Daß auch die oft veränderte Drüsentätigkeit von irgend welchen besonderen subjektiven Empfindungen begleitet ist, habe ich nicht feststellen können. Wir haben vorhin bereits der zuweilen stark gesteigerten Speichelsekretion gedacht, ich möchte hier nur noch kurz auf die ebenfalls ziemlich häufig beobachtete Steigerung der Schweißsekretion hinweisen und zwar auch bei vollkommener Ruhe. Wir haben noch z. Z. in Treptow einen Katatoniker, welcher fast den ganzen Tag in aufrechter Haltung regunglos und gegen die Decke starrend dasitzt, und dessen Stirn man dabei häufig mit dicken Schweißperlen bedeckt sieht. Hierbei möchte ich aber doch zu erwägen geben, ob nicht die Muskelanstrengung, welche mit der stundenlangen Innehaltung derselben und zumeist auch gezwungenen Stellung zweifellos verbunden ist, den Anlaß zu der gesteigerten Schweißsekretion gibt.

Schließlich möchte ich noch zweier Arten von subjektiven Empfindungen gedenken, die auch mit dem Krankheitsprozeß zusammenhängen, aber nicht bestimmt lokalisiert sind. Ich meine einmal die Empfindungen, von denen die Hemmungszustände begleitet sind. Diese Zustände, wo die Kranken, zu jeder Bewegung

[1]) *Krafft-Ebing*, l. c. S. 132.

[2]) *Curschmann*, Untersuchungen über die idiomuskuläre Übererregbarkeit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XXVIII, 1905.



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unfähig, völlig wie erstarrt daliegen, gehen an ihnen nicht spurlos vorüber, sie kommen ihnen ganz gut zum Bewußtsein. Hinterher sagen manche Kranke, sie seien hypnotisiert, scheintot gewesen und dergleichen, doch handelt es sich hierbei nur um mehr oder minder geschickte Erklärungsversuche, zumeist können die Kranken nichts anderes anführen, als daß sie eben die Empfindung gehabt hätten, sich nicht rühren zu können. Nach *Krafft-Ebing* soll in solchen Zuständen, wo die Kranken meinen, tot zu sein, zuweilen eine allgemeine Anästhesie bestehen.

Zweitens möchte ich noch darauf hinweisen, daß die Kranken mit Dementia praecox sehr häufig über das Gefühl großer Mattigkeit, allgemeiner Schwäche und dergleichen klagen. Solche Beschwerden ließen sich 29 mal feststellen. Zuweilen mag es sich dabei um eine hypochondrische Vorstellung handeln, sicher aber nicht immer. Dieses Gefühl finden wir häufig schon unter den Vorläufererscheinungen und im Beginn der Krankheit, ebenso aber auch im weiteren Verlauf; hier bildet es manchmal sogar das einzige subjektive Symptom. Oft sehen wir es aber auch nach überstandener Krankheit in der Rekonvaleszenz auftreten. *Meyer* [1]) hat solche Fälle beschrieben, wo in der Rekonvaleszenz das Gefühl, eine schwere Krankheit überstanden zu haben, sehr ausgesprochen war. Auch ich habe Ähnliches beobachtet, und zwar nicht bloß bei solchen Kranken, die vorher stark motorisch erregt waren, so daß man dieses Mattigkeitsgefühl als Reaktion auf die vorherige Unruhe ansehen könnte, sondern auch da, wo ein Bewegungsdrang in keiner Weise ausgesprochen war.

M. H. Sie sehen, daß die Zahl der subjektiven Empfindungen und Beschwerden bei der Dementia praecox in der Tat eine erstaunlich große ist; sie würde noch größer ausfallen, wenn wir von den Kranken immer genügend zuverlässige Auskunft bekämen. Es erhebt sich jetzt aber die wichtige Frage, ob diese verschiedenen subjektiven Störungen etwas für die Dementia praecox Charakteristisches darstellen. Da ist zunächst darauf hinzuweisen, daß in verschiedenen Fällen eine Anzahl der subjektiven Störungen weiter nichts ist als eine zufällige Komplikation der Psychose, die mit der Dementia praecox an sich gar

---

[1]) *Meyer*, Die Prognose der Dem. praecox. Archiv f. Psych. Bd. 45 S. 366.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichts zu tun hat. Wir haben vorhin gesehen, daß *Binswanger* auf die nicht seltene Verquickung von Dementia praecox und Hysterie hingewiesen hat, auch *Kraepelin*, *Jahrmärker*[1]) und andere haben diesen Umstand eingehend gewürdigt. Sodann wissen wir ja alle, daß verschiedene der oben aufgeführten subjektiven Empfindungen auch bei andern Psychosen vorkommen. Die Melancholiker z. B. klagen auch öfter über Kopfschmerzen und Stuhlbeschwerden, und bei den Manisch-Depressiven gehört, wie *Schröder*[2]), *Raecke* und andere hervorheben, das Auftreten neuralgiformer Schmerzen im Verein mit vasomotorischen Erscheinungen nicht zu den Seltenheiten. Aber selbst wenn wir in einer großen Anzahl von Fällen eine Reihe der gefundenen subjektiven Störungen nur als zufällige Begleiterscheinungen ansehen und in Abzug bringen, bleibt noch immer eine recht ansehnliche Zahl von Fällen, wo wir eine solche Komplikation anzunehmen nicht berechtigt sind. Sodann kommt es ja darauf an, nicht daß wir gelegentlich dieses oder jenes Symptom bei einer Krankheit antreffen, sondern daß es häufig und fast ständig sich in der Reihe der Erscheinungen findet. Wenn wir den Kopfschmerz fast in jedem Falle, Herzbeschwerden mindestens in jedem vierten Falle von Dementia praecox antreffen, dann glaube ich, dürfen wir von keinem zufälligen Zusammentreffen mehr sprechen, sondern es gehören dann diese Symptome mit zum Wesen der Krankheit. *Schüle*[3]) spricht in Rücksicht auf die Häufigkeit von spinalen Hyper- und Parästhesien in seinem Beitrage zur Katatoniefrage geradezu von einer „neuralgischen Psychose". *Bleuler* hat in seinem vorjährigen Referat über die Dementia praecox bzw. Schizophrenie die Symptome in primäre und sekundäre geteilt, je nachdem sie dem Krankheitsprozeß direkt proportional sind oder durch einen zufälligen Einfluß auf die kranke Psyche entstehen, und ich glaube, daß wir einen großen Teil der bei der Dementia praecox vorkommenden subjektiven Empfindungen, wie die Kopfschmerzen, die Schwindel- und Krampfanfälle, die Benommenheitszustände usw., als primär im Sinne

---

[1]) *Jahrmärker*, Zur Frage der Dem. praecox. Halle 1903, S. 24.

[2]) *Schröder*, Über Schmerzen beim manisch-depressiven Irresein. Zentralblatt f. Nervenh. u. Psychiatrie, 1907, S. 933.

[3]) *Schüle*, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 54.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bleulers anzusehen haben, das heißt also, daß sie mit dem Krankheitsprozesse im engsten Zusammenhange stehen.

Was das zeitliche Auftreten der verschiedenen subjektiven Störungen betrifft, so stimmen alle bisherigen Beobachtungen darin überein, daß sie fast immer im Beginn der Erkrankung am stärksten ausgeprägt sind. Sie bilden manchmal, noch ehe eine psychische Veränderung deutlich wahrnehmbar ist, überhaupt das einzige Krankheitssymptom und stehen so im Vordergrunde des ganzen Krankheitsbildes, daß sie gar nicht selten die Veranlassung zu falscher Diagnosestellung geben. Wir haben gesehen, daß einige Kranke mit Dementia praecox wegen ihrer katatonischen Anfälle im Beginn der Krankheit als Epileptiker angesehen wurden, andere, bei denen die Störungen von seiten des Magens in den Vordergrund traten, wurden wegen eines Magenleidens behandelt usw. Im weiteren Verlauf der Krankheit treten sie wohl etwas in den Hintergrund, sie verschwinden aber nicht gänzlich, sondern machen sich von Zeit zu Zeit immer wieder deutlicher bemerkbar, und wenn wir die Krankheitsgeschichten genau verfolgen, dann können wir beobachten, daß das Aufflackern der körperlichen Störungen auch häufig an eine Verschlimmerung der psychischen Symptome gebunden ist. Diesen Parallelismus möchte ich nicht in dem Sinne erklären, daß die stärkere psychische Erregung, meist verbunden mit erheblicher Reizbarkeit, eine Folge der Steigerung der körperlichen Beschwerden ist, ich glaube vielmehr, daß beide Erscheinungen auf eine gemeinsame Ursache, nämlich eine Exazerbation des Krankheitsprozesses, zurückzuführen sind. Auf einen Punkt möchte ich hier aber nicht versäumen, hinzuweisen. Zuweilen erreichen nämlich die subjektiven Störungen einen so exzessiven Grad, daß wir sie mit den entsprechenden objektiven Befunden gar nicht in Einklang bringen können. Eine Kranke, die wir schon jahrelang in unserer Anstalt behandeln, schildert die zuzeiten an ihrem Körper auftretenden brennenden Schmerzen als so heftig, als würde sie mit siedendem Öl begossen. Für solche Fälle glaube ich annehmen zu müssen, daß eine überaus gesteigerte Empfindlichkeit der apperzipierenden Zentren durch den Krankheitsprozeß ausgelöst ist, so daß die Reizschwelle ganz besonders tief liegt.

Je mehr die ganze Krankheit sich dem Endzustande nähert, desto seltener werden im allgemeinen die Klagen über subjektive Beschwer-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den. Es liegt dies aber nicht etwa immer an eingetretener Verblödung, denn diese braucht, da die Krankheit in jedem Stadium haltmachen kann, gar nicht so hochgradig zu sein, es liegt dies vielmehr daran, daß die Kranken keinen Grund mehr haben, zu klagen, weil der Krankheitsprozeß eben abgelaufen bzw. zum Stillstand gekommen ist.

Welche Bedeutung kommt nun den subjektiven Empfindungen bei der Dementia praecox zu? Daß sie nicht ebenso hoch zu bewerten sind wie objektiv nachweisbare Veränderungen, ist ja selbstverständlich, doch sind sie nicht ganz ohne Wichtigkeit, zumal wenn sie sich, wie wir vorhin sahen, mit so großer Regelmäßigkeit und Stärke wiederholen.

Zunächst können sie uns eine wesentliche Stütze bei der ungefähren Bestimmung der Zeit sein, zu welcher die Psychose eingesetzt hat. Die Beobachtungen lehren, daß verschiedene subjektive Empfindungen dem manifesten Beginn der Psychose oft schon lange Zeit vorauseilen, wir haben also gegebenenfalls an ihnen eine Handhabe, um feststellen zu können, ob bei einem an Dementia praecox Erkrankten zu einer früheren bestimmten Zeit der Krankheitsprozeß schon im Gange war. Es kann dies z. B. in forensen oder überhaupt in rechtlichen Fällen von Bedeutung sein.

Auch bei der Abgrenzung der Dementia praecox gegenüber andern Krankheitsbildern können die subjektiven Störungen in manchen Fällen von gewissem Werte sein, doch dürfen wir in dieser Beziehung ihre Bedeutung nicht allzu hoch anschlagen. Es können hier selbstverständlich nicht alle Möglichkeiten besprochen werden, ich möchte nur der Vollständigkeit halber im allgemeinen auf diesen Punkt hingewiesen haben. Etwas eingehender sei nur das Verhältnis der Dementia praecox zur Neurasthenie berücksichtigt, mit welcher gewisse Formen der Dementia praecox im Beginn leicht verwechselt werden können. Ein unterscheidendes Merkmal bildet hier einmal nach *Kraepelin*[1]) und *Trömner*[2]) die „Unsinnigkeit" bzw. eine gewisse Seltsamkeit der hypochondrischen Klagen bei der Dementia praecox; zweitens soll, worauf *Wing-Winckenthal*[3])

---

[1]) *Kraepelin*, l. c. S. 272.

[2]) *Trömner*, l. c. S. 22.

[3]) *Wing-Winckenthal*, Zur Klinik der Dem. praecox. Halle 1908, S. 42.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besonders aufmerksam gemacht hat, bei den Kranken mit Dementia praecox die psychische Reaktion fehlen, indem sie eine gewisse Resignation und Apathie gegenüber ihren Beschwerden an den Tag legen und sich dadurch wesentlich von den unsteten klagereichen Neurasthenikern unterscheiden. Betont sei demgegenüber aber, daß die Klagen der Kranken mit Dementia praecox durchaus nicht immer seltsam oder gar unsinnig sind, ebensowenig fehlt ihnen immer die psychische Reaktion; sie bringen vielmehr gar nicht so selten ihre Klagen nach Inhalt und Form genau so vor wie ein geistig Gesunder.

Eine weitere Bedeutung der subjektiven Störungen liegt darin, daß sie das materielle Substrat für allerhand Wahnvorstellungen abgeben. Auf die fast unbegrenzte Zahl der hier vorhandenen Möglichkeiten können wir nicht näher eingehen, ich möchte nur darauf hinweisen, daß diese Neigung in besonders hohem Maße bei der einen der drei Unterformen der Dementia praecox, nämlich der Dementia paranoides, zu überwiegen scheint. Bekanntlich spielt bei dieser Krankheit der physikalische Verfolgungswahn eine ganz hervorragende Rolle, er wird ja geradezu als charakteristisch für diese Art der Dementia praecox angesehen, und es könnte demnach scheinen, als ob auch die subjektiven Störungen an sich bei Dementia paranoides ungleich häufiger vorkämen als bei den übrigen Unterarten der Dementia praecox. Im allgemeinen ist diese Annahme auch richtig, aber der wirklich vorhandene Unterschied wird noch dadurch stärker hervorgehoben, daß bei der Dementia paranoides eben die Neigung besteht, alle vorhandenen subjektiven Empfindungen gleich zum Gegenstand von allerhand zum Teil ganz phantastischen Wahnvorstellungen zu machen und lebhaft vorzubringen, wodurch sie uns natürlich viel mehr in die Augen fallen. Bei den andern beiden Formen dagegen erfahren wir von ihnen viel seltener durch spontane Äußerungen der Kranken, wir müssen dort erst nach ihnen suchen und fragen. An diese Möglichkeit der wahnhaften Umdeutung verschiedener subjektiver Empfindungen müssen wir immer denken, denn nur so sind wir in der Lage, uns das Zustandekommen mancher Wahnvorstellungen zu erklären, und auch nur so werden wir andererseits bei vielen Kranken auf das Vorhandensein subjektiver Störungen hingeleitet, wo solche fast ausschließlich in der umschriebenen Form von Wahnvorstellungen geäußert werden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch auf das Verhalten der Kranken, insbesondere für gewisse Haltungs- und Bewegungsstereotypien kommt den subjektiven Empfindungen in verschiedenen Fällen eine ursächliche Bedeutung zu, worauf auch *Schüle* (Zur Katatoniefrage) hinweist. Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß den mannigfachen Wisch- und Abwehrbewegungen, die wir so häufig bei unseren Kranken antreffen und die wir gewöhnlich als „katatonisch" bezeichnen, in vielen Fällen irgendwelche periphere Reize, Parästhesien und dergleichen zugrunde liegen oder wenigstens zugrunde gelegen haben. Diese Bewegungen, die ursprünglich mit einer bestimmten Absicht oder zu einem bestimmten Zweck ausgeführt wurden, werden nach Art der üblen Angewohnheiten mancher Geistesgesunder auch nach Aufhören des äußeren Anlasses noch weiter beibehalten, und so treffen wir derartige Stereotypien noch oft bei unseren chronischen Kranken an, bei denen die ursprünglich mit ihnen verbundene Vorstellung längst geschwunden ist. Auf diese Erscheinung hat unter andern besonders *Meyer* in seinem Beitrage zur Kenntnis akut entstandener Psychosen hingewiesen.

Schließlich scheinen mir die subjektiven Störungen nicht ganz ohne Bedeutung für die Prognosestellung zu sein. Die Heilungsaussichten der Dementia praecox sind ja, wie neuere Untersuchungen ergeben haben, nicht in jedem Falle als absolut ungünstig anzusehen. Wir hören schon ziemlich häufig von dauernden Besserungen oder gar Heilungen sprechen, es fehlt uns aber noch zurzeit an sicheren Anhaltspunkten, nach denen wir unsere Vorhersage bestimmen. Zu den prognostisch besonders ungünstigen Fällen gehören solche mit langsam schleichendem Beginn und mit chronischen katatonischen Erscheinungen, dazu kommen dann nach Ansicht von *Bleuler*[1]) und andern die Formen mit allgemeinen Halluzinationen der Körperempfindung: Elektrisiert-werden, hypnotische Beeinflussung und dergleichen. Wenn wir aber in diesen Wahnideen körperlicher Beeinflussung nicht in jedem Falle nur reine Halluzinationen, sondern auch eine wahnhafte Umschreibung ganz bestimmter körperlicher Empfindungen sehen, dann können wir mit Recht sagen, daß die Prognose um so ungünstiger ist, je zahlreicher und andauernder

[1]) l. c.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

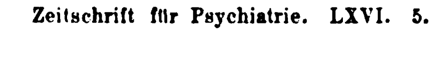
die sie begleitenden subjektiven Störungen sind. Es hat dies auch nichts Auffallendes an sich, denn je zahlreicher und hartnäckiger die subjektiven Störungen sind, desto ausgebreiteter und eingreifender muß der ganze Krankheitsprozeß sein, und desto größer auch die durch ihn gesetzten Schäden.

Und damit, m. H., kommen wir zum letzten und wichtigsten Punkt dieser Besprechung, nämlich zu der Frage, welche Bedeutung den subjektiven Störungen bei der Beurteilung des Wesens der Dementia praecox zukommt. Wir haben vorhin darauf hingewiesen, daß ein großer Teil der subjektiven Störungen sicherlich rein psychogen ist, ein anderer Teil mußte als reine Komplikation der Psychose angesehen werden, der Rest aber — und dieser ist nicht klein — ist sicher der Ausdruck irgendwelcher organischer Veränderungen, die durch ein mit der Psychose in engster ursächlicher Beziehung stehendes Toxin im Körper hervorgerufen werden und dort zum Teil vielleicht vorübergehender, zum Teil auch bleibender Natur sind. Im Gehirn selbst sind ja solche eingreifende Veränderungen wohl schon als sicher erwiesen anzusehen. Ich erinnere hier an die kürzlich erschienene Arbeit von *Sioli*[1]) und an die letzthin von *Much*[2]) veröffentlichten Befunde im Blute Geisteskranker, die allerdings noch ihrer Nachprüfung bedürfen. Ganz und gar nicht glaube ich aber den Versuchen beipflichten zu dürfen, die Dementia praecox rein psychologisch als das Resultat einer Komplexwirkung darzustellen. Daß Komplexe bei der Dementia praecox zuweilen eine Rolle spielen, glaube ich auch, und ich könnte dafür sehr treffliche Beispiele anführen. Dies tun sie aber, und darin stimme ich *Neisser*[3]) bei, nicht bloß bei der Dementia praecox, sondern bei den Psychosen überhaupt. Ihr Einfluß beschränkt sich meiner Meinung nach darauf, auf die Symptome modifizierend einzuwirken, eine Kausalwirkung beim Zustandekommen der Psychose dürfte ihnen aber nicht einzuräumen sein. Ich glaube vielmehr, immer fester mich an die Lehre halten zu müssen, daß wir es bei der Dementia praecox mit einer durch Selbstvergiftung bedingten organischen

[1]) *Sioli*, Archiv f. Psych. 1909, S. 516.

[2]) *Much*, Eine Reaktion im Blute Geisteskranker. Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 20.

[3]) *Neisser*, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1908 S. 476.




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung zu tun haben und sehe eine wesentliche Stütze für diese Auffassung in einem großen Teile der subjektiven Empfindungen.

II.

Referat von Prof. Dr. *Meyer* über Die körperlichen Erscheinungen der Dementia praecox.

M. H., Wenn wir von „körperlichen Erscheinungen" bei der großen Zahl von Krankheitsfällen sprechen, die wir als Dementia praecox im Sinne *Kraepelin*s zusammenfassen, so pflegen wir in der Regel an diejenigen körperlichen Zeichen zu denken, die uns sonst als Anhalt für eine greifbare organische Hirnerkrankung dienen.

Es ist insbesondere die progressive Paralyse, zu der die Dementia praecox dadurch eine Annäherung erführe. Auf die mannigfachen Parallelen, die beide Krankheitsbilder bieten, ist ja schon oft hingewiesen.

Die Anfälle, die Beobachtungen von Hirntod, der Nachweis deutlicher pathologisch-anatomischer Veränderungen, soweit genauere Untersuchungen angestellt wurden, sind es besonders, die die Dementia praecox der progressiven Paralyse auch als Gehirnleiden im strengen Sinne nahestellen. Dazu kommen jetzt auch vor allem die vielfachen subjektiven körperlichen Erscheinungen, auf die Kollege *Tomaschny* in seinem eben erstatteten Referat hingewiesen hat.

Auf der andern Seite finden wir bei der Dementia praecox, so paradox es klingt, mannigfache Anklänge an die sozusagen funktionellste psychische Störung, die Hysterie. Der bunte, oft urplötzliche Wechsel der Erscheinungen, die Psychogenie mancher körperlicher Zustände, das Auftreten hysteriformer Anfälle und anderes sind hier zu nennen. Auch der bekannte Versuch *Jung*s, die Dementia praecox in ihrer Entstehung in ähnlicher Weise wie die Hysterie zu erklären, beruht, man mag sonst über ihn denken, wie man will, hierauf. Es ist ja auch unleugbar, daß im Beginn und bei kurzer Beobachtungsmöglichkeit eine Abgrenzung beider nicht selten die größten Schwierigkeiten bietet. Diese Mittelstellung zwischen dem Typus der organischen Psychose, der Paralyse, und dem der funktionellen Psy-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chosen, der Hysterie, die die Dementa praecox in gewisser Hinsicht einnimmt, bringt es mit sich, daß wir bei einer Abhandlung der körperlichen Erscheinungen der Dementia praecox beiden Seiten gerecht werden müssen.

Meine spezielle Aufgabe ist es, über die objektiven körperlichen Erscheinungen Ihnen zu berichten, soweit eine Trennung durchführbar ist.[1])

Als Grundlage dienen uns an Fällen von Dementia praecox: einmal aus der Anstalt Treptow 90, deren Einzelheiten mir Kollege *Tomaschny* freundlichst übermittelt hat, und 293 aus der Königsberger Klinik, alle hierher gehörigen Fälle aus den Jahren 1904 bis 1909 umfassend.

Das Material ist naturgemäß nicht ganz gleichartig bearbeitet, es ist z. B. nicht stets auf Ovarie und Mastodynie und das Verhalten der Hautreflexe geachtet, immerhin liegen auch dafür reichlich Beobachtungen vor.

M. H. Von körperlichen Erscheinungen ist am meisten Interesse — wie bei allen psychisch-nervösen Störungen — dem Verhalten der Pupillen bei der Dementia praecox zugewandt.

Wir müssen hier vor allem der sehr bedeutsamen Untersuchungen *Bumke*s gedenken, der in etwa zwei Dritteln seiner Fälle feststellen konnte, daß „die Erweiterung der Pupillen, die normalerweise bei allen sensiblen Reizen und sogar bei jedem lebhaften psychischen Geschehen einzutreten pflegt, und die Pupillenunruhe, die den Ausdruck des ständigen Wechsels der psychischen Erregung darstellt", fehlt [2]). Allerdings fand *Bumke* dieses Symptom nicht so oft im Beginn als auf der Höhe der Erkrankung. Wenn auch nicht alle Autoren *Bumke*s Befunde bestätigen konnten, so haben sie doch entschieden nicht geringe Bedeutung. Leider war es mir nicht möglich, an unserem Material diese Erscheinung nachzuprüfen, so daß ich darauf verzichten muß, noch weiter darauf einzugehen. Wir mußten uns darauf beschränken, die Weite, eventuell Differenz und die Reaktion speziell auf Licht zu prüfen.

---

[1]) In betreff der subjektiven verweise ich auf das Referat von Herrn Kollegen *Tomaschny*.

[2]) s. *Bumke*, Münch. med. Wschr. 1907, 47 u. a. a. O.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kraepelin betont, daß die Pupillen oft sehr weit sind, *Bumke* meint, sie seien durchschnittlich etwas weiter als von Gesunden gleichen Alters. Ähnliche Ansichten werden auch sonst, z. B. von *Weiler*, geäußert, während *Wassermeyer* diese große Häufigkeit der Mydriasis nicht bestätigen konnte. Unsere Beobachtungen sprechen dafür, daß jedenfalls dauernde Pupillenweite nur einen Bruchteil der Fälle ausmacht, daß mittelweite Pupillen doch weit häufiger sind, enge nur sehr selten.

Es wurden nämlich im ganzen 33 mal übermittelweite, zum Teil sehr weite Pupillen festgestellt, davon zeigten 16 normale, 17 träge Lichtreaktion. 6 mal schien letztere wie die Pupillenweite durch starke Angst bedingt, die in den übrigen Fällen nicht nachweisbar war. In etwa 10% unserer Beobachtungen bestand danach Mydriasis. Bei längerer Beobachtungsmöglichkeit wäre die Zahl wahrscheinlich noch größer geworden, da, worauf *Knapp*[1]) u. a. hinweist, vorübergehende Mydriasis und ein Wechsel der Pupillenweite nichts Seltenes sind. Nur 3 mal sahen wir sehr enge Pupillen. Pupillendifferenz sahen wir 48 mal bei 363 Kranken mit Dementia praecox, also in etwa $1/8$ bis $1/7$ der Fälle, doch ist Pupillendifferenz geringen Grades auch bei Gesunden und bei andern nervösen und psychischen Störungen so häufig, daß sie keine besondere Bedeutung beansprucht. *Bleuler* legt ihr freilich größeres Gewicht bei.

Träge Lichtreaktion der Pupillen bei Dementia praecox wird in der Literatur wohl öfters erwähnt, aber meist nur mit Reserve ausgesprochen. In den letzten Jahren haben besonders *Dide* und *Assicot*[2]) sowie *Roubaix*[3]) von dem häufigeren Vorkommen träger, ja aufgehobener Pupillenreaktion bei der Dementia praecox berichtet.

Wir können das durchaus bestätigen. In nicht weniger als 44 Fällen war die Lichtreaktion eine träge. Vielfach handelt es sich um einen geringen Grad von Trägheit, in einer Reihe von Fällen aber um stärkere Beeinträchtigung, in einzelnen um Aufgehobensein der Lichtreaktion. 17 mal waren die Pupillen dabei weit und einmal eng, in den übrigen Fällen, also in mehr als der Hälfte von mittlerer Weite, mehrfach different und etwas entrundet. Wenn wir

[1]) ***Knapp***, Arch. f. Psych. 1908.
[2]) Rev. neurol. 1905.
[3]) Belg. méd. XIII, 1906.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beobachtungen von träger Reaktion bei Mydriasis, wo starke Angst vorhanden war, abrechnen, so bleibt doch noch bei fast jedem zehnten Kranken mit Dementia praecox träge Pupillenreaktion. Bemerkenswert ist, daß diese nicht immer konstant war, sondern in einigen Fällen mit guter Lichtreaktion an andern Tagen abwechselte.

Der eine unserer Kranken, um einige Beispiele anzuführen, war 17 Jahre alt, von Hause aus schwach begabt, seit 1½ Jahren erkrankt: Apathie, Negativismus, Stereotypie, Beeinträchtigungsideen. Die Pupillen waren bei der Aufnahme mittelweit, RL deutlich träge, am nächsten Tage reagierten sie prompt auf Licht. Die Kniephänomene waren lebhaft, keine Zeichen organischen Leidens vorhanden. Der Patient bietet jetzt in der Anstalt das Bild vorgeschrittener Dementia praecox.

Ein zweiter Kranker, der erst nach jahrelangem Bestehen der Krankheit zuerst 1906 in die Klinik kam, hatte weite, differente, nicht ganz runde Pupillen, die träge reagierten, ebenso 1907. Die Sehnenreflexe waren lebhaft, nichts sonst für organisches Leiden vorhanden. Er ist verblödet in einer Anstalt.

Bei einem weiteren Patienten war die Dementia praecox erst im 40. Lebensjahre entstanden. Im Jahre 1907 Pupillen different, RL plus, März 1907 (zweite Aufnahme) Pupillen etwas different, sehr weit, RL sehr gering. Sonst nichts für organisches Hirnleiden sprechend. Jetzt angeblich gesund.

Eine Kranke erweckte wegen ihrer Klagen über heftiges Kopfweh und ihr wie benommenes Wesen schon seit Wochen den Verdacht auf Hirntumor. Die Pupillen reagierten zuerst (Sommer 1907) etwas träge, später (April 1907) waren sie beide weit, etwas different. RL links fast 0, rechts träge. Sonst keinerlei Anhaltspunkte für organische Erkrankung. Dauernd stumpfes Wesen. Soll jetzt gesund sein, in Stellung.

Endlich will ich noch eines 19 jährigen Kranken gedenken, der, ohne weitere Angaben im Januar 1909 aufgenommen, steif in gezwungener Haltung dalag, wenig Antwort gab und besonders über Kopfweh klagte. Linke Pupille nicht zu prüfen, ausgedehnte Hornhauttrübung, Colobom. Rechte Pupille sehr weit. RL sehr träge, zeitweise 0 bei sehr starker Belichtung. Bei Verengerung wird die Pupille quer oval. Erweiterung (nach Verbringung ins Dunkle usw.) sehr langsam, Pupille nimmt dabei mehr ovale Form

Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

auf Schmerzreize langsame Erweiterung. Pupillen bei Tageslicht enger. Verhalten mehrfach wechselnd, bald gar keine, bald etwas bessere Reaktion zu erhalten.

Auch hier wie in dem vorigen Falle mußte an ein organisches Leiden gedacht werden, wenn auch sonst sich nichts dafür fand. Die später erhaltene Anamnese ergab, daß Patient seit kurzer Zeit stiller geworden war, sagte, es gehe zum Tode, er könne nicht denken. Er klagte oft über Schwindel und Kopfweh. Weiterhin blieb Patient dauernd stumpf, apathisch, negativistisch, sprach kaum.

25. Februar. Pupillen sehr weit, RL sehr träge. Beim Zusammenziehen nimmt die Pupille eine ovale Form an. Oft fällt auch bei Belichtung Erweiterung und dann Lichtstarre auf.

9. Februar 1909. Nach einer Anstalt.

War zuletzt etwas regsamer. Pupillenreaktion jetzt meist besser. Pupille bleibt rund.

Dieser letzte Fall bietet offenbar Pupillenerscheinungen, wie sie *A. Westphal*[1]) zuerst und eingehend studiert und beschrieben hat bei Kranken mit katatonischem Stupor, wo gleichzeitig eigenartige Formveränderung und sehr geringe Lichtreaktion sich fand, während ein anderes Mal die Pupille kreisrund blieb und gut reagierte[2]).

Westphal weist darauf hin, daß es sich um Innervationsstörungen in der gesamten Irismuskulatur handele, die vielleicht mit dem Verhalten der übrigen Muskulatur im katatonischen Stupor in gewisser Beziehung stehe. Andeutung dieser Erscheinung sah ich noch einige Male.

In unserem Falle war bemerkenswert, daß später die Reaktion dauernd eine bessere war.

Erhöhung der Sehnenreflexe, insbesondere der Kniephänomene, gilt ja allgemein nur als Ausdruck einer Störung der Erregbarkeit des Nervensystems, ohne für sich allein

[1]) *Westphal*, D. med. Wschr. 1907. Diese Zeitschr. Bd. 64, S. 694.

[2]) Anm. bei der Korrektur: Inzwischen konnte ich einen frisch erkrankten Katatoniker mit Stereotypien, Mutazismus, abnormer Schweiß-, Speichel- u. Tränensekretion beobachten, dessen beide Pupillen sich nicht nur bei Druck auf die Iliakalpunkte erweiterten, sondern auch — vor allem die rechte — auf Licht keine oder minimale Reaktion zeigten, die sonst prompt war. An anderer Stelle denke ich hierauf näher einzugehen.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

etwa das Zeichen organischen Leidens zu sein. Wir begegnen ihr demgemäß auch bei fast jeder psychischen und nervösen Störung, so auch bei der Dementia praecox, wo von allen Seiten lebhafte Kniephänomene in einem sehr großen Teil der Fälle festgestellt sind. Von unseren 398 Fällen zeigten 179 lebhafte Kniephänomene, also etwa 45%; 17 von ihnen, fast der zehnte Teil, wiesen eine ganz besonders starke Steigerung auf. Patellarklonus sahen wir unter diesen Beobachtungen im ganzen 6 mal, 4 mal mit einer gewissen Konstanz. Für das Achillessehnenphänomen liegen die Dinge ähnlich, wenn auch Lebhaftigkeit bzw. Steigerung desselben nicht so häufig und so intensiv wie bei dem Kniephänomen ist, und wir auch wiederholt, wie das der allgemeinen Wahrnehmung über das Verhalten dieser Reflexe zueinander entspricht, in ein und demselben Falle sehr lebhafte Knie- und nur lebhafte Achillessehnenphänomene bemerkten. Fußklonus beobachteten wir nur zweimal von einiger Dauer. Das *Babinski*sche Zehenphänomen haben wir nie ganz sicher nachgewiesen, in zwei Fällen schien es vorübergehend angedeutet.

Eine richtige Bewertung von Patellarklonus und sehr starker Steigerung der Kniephänomene ist nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Motilität möglich, da ja selbst Klonus bei der Hysterie unzweifelhaft keine seltene Beobachtung ist. Es zeigte sich nun bei der Durchsicht unserer gesamten Fälle, daß wir nur in einem einzigen zu der Annahme von wirklichen Spasmen gekommen waren. Es handelt sich da um eine Kranke, die mit 14 Jahren an Störungen des Magendarmtraktus erkrankte. Sie aß sehr wenig, hatte häufig Erbrechen, so daß sie sehr abmagerte, und Verstopfung. Psychische Störungen traten ausgesprochen erst allmählich hervor. Anfangs imponierten sie wegen großer psychischer Beeinflußbarkeit als Hysterie. Als sie nach etwa zweijährigem Bestehen ihrer Erkrankung im März 1908 aufgenommen wurde, wog sie bei 144 cm Größe nur 42 Pfund. Sie gab sehr wenig Antwort, widerstrebte sehr, war oft sehr unruhig, schrie laut lange Zeit. Einmal hatte sie eine Art Anfall, in dem sie Augen und Hände hin und her bewegte, aber Reaktion auf Nadelstiche zeigte und erhaltene Pupillenreaktion. Sie wurde mit der Sonde ernährt und nahm auch trotz öfteren Erbrechens und von Anfang an bestehendem Dekubitus über 5 Pfund in etwa vier Wochen zu. Die körperliche Untersuchung ergab, abgesehen von der enormen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abmagerung: RL +, AB frei, Korneal- und Konjunktivalreflexe +, Kniephänomen, Achillessehnenphänomen + +. In sämtlichen Gliedern deutliche Spasmen. Die Beine werden gebeugt gehalten, sind aber aktiv gut streckbar. Keine Ovarie, keine Mastodynie. Patientin ist in eine Anstalt überführt.

Hier könnten die Spasmen durch den allgemeinen körperlichen Verfall bei fortschreitender Verblödung ihre Erklärung finden. Wie gesagt, ist dies der einzige Fall mit sicheren spastischen Erscheinungen.

Die Beurteilung der Motilität, speziell des Vorliegens von Spasmen, ist bei der Dementia praecox schwierig. Sehr oft werden solche durch das psychische Verhalten vorgetäuscht werden können, worauf *Knapp* besonders hingewiesen hat. Doch halte ich es für sehr wohl möglich, worauf *Knapp* auch schon aufmerksam macht, daß jedenfalls vorübergehend nicht so selten Spasmen, d. h. durch Veränderungen in der Pyramidenbahn, wenn auch vielleicht vorübergehender, schwankender Art, entstandene Spannungszustände bei längerer genauer Beobachtung festzustellen sind. Ich erinnere dabei daran, daß *Bonhoeffer* [1]) Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen nachweisen konnte, und an die Untersuchungen von *Rosenfeld* [2]) über Herdsymptome bei Fällen von Dementia praecox. Auch bei Autointoxikationspsychosen habe ich früher Spasmen in schwankender Stärke gefunden mit anatomisch nachweisbarer Degeneration der Pyramidenstränge [3]).

Was bis jetzt an Untersuchungen vom Rückenmark bei Dementia praecox vorliegt, ist noch wenig. Es sind dabei auffallende Erscheinungen an den Zellen der *Clark*schen Säule sowie an den Hintersträngen, aber noch nicht sicher in den Pyramidenbahnen gefunden, doch bedarf es noch weiterer Untersuchungen.

Wir haben bisher nur von den Sehnenphänomenen der unteren Extremitäten gesprochen; der Vollständigkeit halber führe ich noch an, daß auch die Sehnenreflexe an den Armen vielfach lebhaft sind, wenn auch nicht so regelmäßig und so stark wie die Kniephänomene. Da ihr Verhalten nur in einem Teil unserer Fälle notiert ist, sehe ich von Zahlenangaben ab.

Bevor wir uns den Haut- und Schleimhautreflexen zuwenden,

---

[1]) Seitenstrangerscheinungen bei ak. Psychosen. Breslau 1896.

[2]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56.

[3]) Arch. f. Psych. Bd. 39.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen wir die Frage beantworten, ob denn auch Abschwächung der Sehnenreflexe, speziell der Kniephänomene vorkommt?

Die Zahl der Beobachtungen mit auffallend schwachen Kniephänomenen beträgt unter unserem Material 14. Bei dem einen Falle handelte es sich um eine alte Dementia praecox mit folgendem körperlichen Befund (1906):

Kniephänomene vorhanden, etwas schwach, das rechte noch schwächer als das linke. Achillessehnenphänomen nicht auszulösen, Reflexe der oberen Extremitäten + +, Motilität und Sensibilität frei. RL etwas träge, Augenbefund frei. Rachen-, Korneal- und Konjunktivalreflexe schwach. Abdominalreflex beiderseits 0, Plantarreflex sehr schwach, kein *Babinski*. Ovarie beiderseits, Mastodynie links.

1908 unverändert in eine Anstalt.

Different waren die an sich schwachen Kniephänomene auch in einem zweiten Falle, wo das Leiden ebenfalls seit Jahren bestand.

In einem dritten Falle, wo die Erkrankung in hebephrenischer Form erst vor kurzem aufgetreten war, waren beide Kniephänomene schwach, die Achillessehnenphänomene nicht auszulösen, sonst nichts, was den Verdacht eines organischen Leidens erweckte. Konjunktival-, Kornealreflexe nicht vorhanden.

Bei einem weiteren Kranken schließlich waren die Kniephänomene anfangs nur schwach auszulösen, später lebhaft.

Außer bei der ersterwähnten Kranken waren die Pupillen in diesen Fällen sämtlich ungestört.

Auch hier müssen wir das Verhalten der Motilität in Betracht ziehen. Jedoch ließ sich in keinem dieser Fälle etwas Krankhaftes in dieser Richtung nachweisen, insbesondere auch nicht Hypotonie. Überhaupt begegnete uns unter allen unseren Fällen nur einmal Hypotonie bei einer 15jährigen Kranken der hebephrenen Untergruppe. Es bestand da im ganzen geringer Muskeltonus und vor allem im rechten Bein deutliche Hypotonie, die Kniephänomene waren, wie die übrigen Sehnenreflexe, lebhaft, die Pupillen ohne Störung, auch sonst nichts, was auf eine organische Erkrankung hindeutete.

Abschwächung der Kniephänomene hat *Knapp* wiederholt bei „hebephrenischen Psychosen“ beobachtet, wobei öfters ein auffallen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Wechsel von Steigerung und Abschwächung dieser Reflexe zu konstatieren war.

Bei derselben Form psychischer Störung, insbesondere solchen, die mit choreatischen Bewegungen einhergingen, fand der gleiche Autor mehrfach Hypotonie.

Wenn unser Material auch speziell letztere Beobachtung nicht bestätigt, so gebe ich doch zu, daß wiederholte Untersuchungen bei längeren Beobachtungen Änderungen des Muskeltonus auch in dieser Richtung vielleicht aufdecken würden, wie ja auch sonst in der Literatur einzelne entsprechende Befunde niedergelegt sind.

Eigentliche Lähmungen sind uns bei der Dementia praecox nicht begegnet, doch erwähnt *Kraepelin* halbseitige Lähmungen apoplektiformer Art, die länger bestehen blieben, und auch *Knapp* hat ähnliches einmal beobachtet.

Lähmungserscheinungen im Facialis und Reizerscheinungen in der Gesichtsmuskulatur finden wir ebenfalls bei *Knapp* und andern Autoren erwähnt. Leichte Differenzen im Mundfacialis fanden wir oft.

Augenmuskellähmungen sahen wir nicht, einigemal Nystagmus.

Die Sprache war in einigen Fällen auffallend schwerfällig. Auch in der Literatur finden wir Beobachtungen über Störungen der Sprache in Form des Skandierens (*Knapp*) usw. niedergelegt, auch vereinzelt anscheinend aphasische Erscheinungen (*Kraepelin*). Die Anfälle hat Herr Kollege *Tomaschny* besprochen, hier will ich nur des nicht so seltenen Auftretens choreiformer Bewegungen bei der Dementia praecox gedenken. Zuweilen treten im ganzen Körper mehr tic-artige Bewegungen hervor, die dem Bilde der maladie des tics auffallend ähneln.

In einem unserer Fälle mußten wir die Frage, ob Dementia praecox oder Chorea minor, offenlassen.

Der Patient klagte seit Dezember 1908 über Stiche in der Seite und Frösteln. Mitte Januar 1909 Hände nach Angabe des Vaters wie gelähmt, konnte nicht arbeiten. Bei Bewegungen oft plötzliches Zucken. Den Angehörigen sind wesentliche psychische Störungen nicht aufgefallen. Bei der Aufnahme am 15. März 1909 war Patient ängstlich, antwortete langsam, die Worte wie würgend herausbringend. Örtlich

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

und zeitlich orientiert. Warum hier? — Ich hatte mich überhoben, wurde krank. Im Rücken fing es an, Stiche an den Schläfen, Zittern im Rücken, konnte mit den Händen nicht viel heben. Rechnen ziemlich gut, sonst Kenntnisse gering.

Körperlich: gut genährt, Gesicht etwas zyanotisch. Leichte Zuckungen in den Schultern und Händen. RL +, AB frei. Konjunktival-, Kornealreflexe +. Zunge gerade, zeigt Zucken beim Herausstrecken. Kniephänomene, Achillessehnenphänomene + +. Ovarie, Mastodynie + +. Sensibilität frei. Mitralinsuffizienz.

Bei längerer Unterhaltung zunehmende Unruhe: ungeregelte, unmotivierte Bewegungen in Händen und Fingern; Finger werden gebeugt, dann wieder gestreckt, Oberarm adduziert, auch die Beine hin und her geschoben.

17. März. Sei wegen Krankheit hier, das Gedächtnis habe nachgelassen, er sei traurig, weshalb, wisse er nicht. Beim Lesen ermüdet Patient schnell. Er macht im ganzen einen schläfrigen, apathischen Eindruck, spricht langsam, monoton und müde.

23. März. Liegt in verdrehter Haltung da. Es besteht starke Unruhe im ganzen Körper, mehrfach sieht man ruckartige Bewegungen im rechten Arm, Anziehen und Spreizen der Finger, ruckartige Bewegungen der Beine. Bei Beobachtung anscheinend Zunahme der Bewegungen. Im Gesicht ebenfalls vielfache Bewegungen, Runzeln der Stirn, schnauzenartiges Vortreiben der Lippen usw.

25. März. Fühlt sich wohler, Zuckungen geringer.

27. März. Entlassen.

Nur kurz wollen wir auf die Sensibilität eingehen, deren einwandfreie Prüfung bei der Dementia praecox ja oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Wir haben nur in wenigen Fällen eine Hyperalgesie bzw. Hyperästhesie feststellen können. *Knapp* hebt das transitorische Auftreten von Hypalgesie bzw. Analgesie hervor, auch von anderer Seite, so *Roubaix*, *Ziehen*, ist auf das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei Dementia praecox bzw. hebephrenischer Demenz hingewiesen. Interessant sind auch die Mitteilungen von *Rosenfeld*, der Sensibilitätsstörungen von kortikalem Typus bei Dementia praecox katatoner Färbung beobachten konnte.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenden wir uns zu den Reflexen zurück, so bleiben uns Haut- und Schleimhautreflexe zur näheren Besprechung. Erstere fehlen nicht so selten oder sind schwach, Differenzen rechts und links sahen wir dabei kaum.

Besonderes Interesse beanspruchen die Schleimhautreflexe, die oft abgeschwächt oder fehlend sind. Da ihr Verhalten nicht in allen Fällen notiert ist, sehe ich von Zahlenangaben ab, will aber auf folgendes hinweisen.

Wir haben eine ganze Reihe von Fällen, in denen die Sehnenreflexe, insbesondere die Kniephänomene, lebhaft oder gesteigert sind, die Schleimhautreflexe aber — Konjunktival- und Korneal-, oft auch Gaumen- und Rachenreflex — nur schwach oder gar nicht auszulösen sind. In 15 Fällen ist das deutlich, eine Zahl, die als verhältnismäßig beträchtlich gelten muß, da die Schleimhautreflexe, wie gesagt, nur in einem Teil der Fälle registriert sind. Diese Erscheinung ist deshalb so bemerkenswert, weil wir das gleiche Bild — Erhöhung der Sehnenreflexe, Abschwächung der Schleimhautreflexe — bei der Hysterie besonders häufig sehen. Der Ähnlichkeitszug, der hiermit zwischen Dementia praecox und Hysterie gegeben ist, ist unverkennbar. Wie bei der Hysterie finden wir auch bei der Dementia praecox, daß die Schleimhautreflexe ein wechselndes Verhalten zeigen, zeitweise schwinden, dann wieder deutlich sind.

Wenn wir weiter nachforschen, so vermissen wir auch nicht das Vorhandensein sogenannter hysterischer Stigmata bei der Dementia praecox.

Wir haben in dieser Richtung den Iliakaldruckpunkt und den Druckpunkt im Bereich der Brustdrüse in einem erheblichen Bruchteil unserer Fälle geprüft, wobei sich auffallend häufig Ovarie bzw. Mastodynie, d. h. Schmerz bei Druck auf ersteren bzw. letzteren, zeigte. Wir gebrauchen hier die Bezeichnung Mastodynie nicht, wie das gewöhnlich geschieht, für den spontan schon bestehenden Schmerz in der Brustdrüse, sondern für den Schmerz, der auftritt, wenn man im unteren äußeren Quadranten der Mamma Druck ausübt. Wir nehmen das Vorliegen von Ovarie und Mastodynie nur an, wenn die Pupillen sich erweitern oder andere


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reaktionen, wie Rötung des Gesichtes, Abwehrbewegungen, Aufbäumen usw. für das tatsächliche Auftreten von Schmerz sprachen, wenn auch nicht durch Druck auf beliebige andere Körperstellen die gleiche Reaktion erzielt wurde. Ovarie in diesem Sinne fanden wir nun in 54 von den 273 Königsberger Fällen, die in dem Zeitraum bis 31. Dezember 1908 vom April 1904 an fallen, somit in fast einem Fünftel der Fälle, und dabei ist in den ersten Jahren häufig nichts davon registriert. Wenn wir allein die ersten fünf Monate des Jahres 1909 herausgreifen, so wurden in dieser Zeit 35 Fälle von Dementia praecox aufgenommen, von denen nicht weniger als 23 Ovarie, und zwar 14 sehr stark, zeigten. Wenn auch die Zahl zufällig so groß sein mag, so kennzeichnet sie doch die Häufigkeit der Ovarie. 24 mal war unter den erstgenannten 54 Fällen die Ovarie sehr stark: es trat krampfartiges Zusammenziehen des Körpers, Aufbäumen oder Zusammenkrümmen auf. Bei einem Kranken rötete sich das Gesicht und verzerrte sich; der Patient schlug mit den Beinen um sich, bei einem andern trat deutlicher arc de cercle auf. Bemerkenswert ist auch, daß in einigen Fällen die stereotypen Bewegungen und Haltungen durch Druck auf den Iliakalpunkt beeinflußt wurden, vorübergehend nachließen oder sich änderten, daß bei einem Patienten, der einseitiges plötzliches Zucken bei erhaltenem Bewußtsein öfters bekam, diese Anfälle dadurch koupiert wurden, ganz entsprechend dem Verhalten Hysterischer bei Druck auf hysterogene Zonen.

Weniger oft fand sich Mastodynie: 38 mal unter den 273 Fällen, davon 10 mal stärker. In den ersten 5 Monaten des Jahres 1909 wurde Mastodynie bei den 35 Kranken 16 mal, und zwar 9 mal stark, festgestellt.

Des besseren Überblickes halber sei noch angegeben, wie oft Abschwächung bzw. Fehlen der Schleimhautreflexe mit Ovarie bzw. Mastodynie verbunden war; das war 10 mal bei den 54 bzw. 38 Fällen von Ovarie bzw. Mastodynie der Fall, also verhältnismäßig oft, ebenso war bei einem Fünftel der Anfälle Ovarie und Mastodynie zu konstatieren.

Es bleibt uns übrig, noch einiger Erscheinungen zu gedenken, die wir allgemein nur als Ausdruck einer funktionellen nervösen Störung, einer Änderung der Erregbarkeit des Nervensystems auf-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fassen. Es sind das mechanische Muskelerregbarkeit und Dermographie (vasomotorisches Nachröten). Beide sind außerordentlich häufig bei der Dementia praecox; beide sind aber überhaupt sehr verbreitete Erscheinungen, die wir nicht nur bei den verschiedensten funktionellen oder organischen Krankheiten des Nervensystems sehen, sondern auch bei den meisten kachektischen und stark abgemagerten Kranken, bei Tuberkulose, Geschwülsten und dergleichen. Ganz besonders stark und lebhaft ist oft die Dermographie bei der Dementia praecox. Obwohl nur bei einem Teil unserer 363 Fälle besonders darauf geachtet ist, fanden wir 56 mal deutliche und 26 mal sehr starke Dermographie.

Diese Tatsache legt es nahe, dem Verhalten des Zirkulationsapparates überhaupt bei der Dementia praecox unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Pulsschwankungen und Pulsbeschleunigungen mäßigen Grades sind nichts Seltenes bei der Dementia praecox, zuweilen findet man dauernd oder für kürzere Zeit enorme Pulsbeschleunigung ohne nachweisbares Herzleiden. Auch bei *Knapp* finden wir das hervorgehoben, der auch Fälle mit auffallender Pulsverlangsamung sah. *Knapp* weist auch auf andere Störungen von seiten des Gefäßsystems hin, die besonders durch ihre anscheinende Psychogenie interessant sind und an gleiche Erscheinungen bei Hysterischen und andern Nervösen gemahnen.

Bekannt und doch nicht immer genug beachtet ist die starke Zyanose, die wir so oft bei der Dementia praecox finden. Die Extremitäten, öfters auch das Gesicht, sind livide, blaurötlich, vielfach marmoriert, fühlen sich sehr kalt an. Zumeist finden sich diese Störungen nicht so stark ausgesprochen in der allerersten Zeit wie im weiteren Verlauf der Erkrankung.

Schon mit den eben besprochenen Erscheinungen haben wir das Gebiet eigentlich nervöser Störungen verlassen und solche schon besprochen, die andere Organe betreffen, wenn sie auch als vom Nervensystem speziell ausgelöst, abhängig, anzusehen waren. Ihnen gliedern sich am besten an die Sekretionsanomalien.

Es ist einmal in der Literatur wiederholt erwähnt abnorm starke Speichelsekretion, die kurz dauern, aber auch Wochen und Monate anhalten kann. 7 mal haben wir selbst auffallend reichliche



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Speichelsekretion von verschiedener Dauer verzeichnen können. Es ist sehr wahrscheinlich, daß es häufiger der Fall gewesen wäre, wenn wir die Kranken länger beobachten könnten. Von früher her erinnere ich mich eines Kranken, bei dem so enormer Speichelfluß bestand, daß eine eigene Einrichtung zum Auffangen desselben nötig war.

Abnorm starke Schweißabsonderung sahen wir 4 mal auftreten, ebenfalls von verschiedener Dauer. Eine Patientin habe ich früher gesehen, bei der im katatonischen Stupor 2 mal ein halbstündiger enormer Schweißausbruch auftrat.[1])

Von trophischen Störungen zeigte sich nur wenig. Einmal entwickelten sich an der Hand bei einer Patientin, anscheinend ohne mechanische Ursache, eine Reihe von Blasen von wässerigem Inhalt auf rotem Hof.

Von *Kraepelin* ist hervorgehoben, daß „diffuse Vergrößerungen der Schilddrüse“ bei der Dementia praecox vorkommen.

Haberkant[2]) hat neuerdings auf die Möglichkeit des Zusammenhanges von Osteomalazie und *Basedow* zur Dementia praecox in längeren Ausführungen hingewiesen.

Wir haben 5 mal eine Struma bei unseren Kranken gesehen, 2 mal mit Tachykardie, ohne sonstige Symptome von *Basedow*scher Krankheit. Ein anderes Mal fanden wir Exophthalmus und *Möbius*sches Symptom ohne Tachykardie und Struma.

Versuchen wir uns nun einen Überblick darüber zu verschaffen, ob und welche Schlußfolgerungen aus unseren Befunden an objektiven körperlichen Erscheinungen herzuleiten sind. Es ergibt sich dabei folgendes:

Störungen, die auf eine Art Stoffwechselerkrankung hinweisen, wie Sekretionsanomalien, Schilddrüsenvergrößerung usw., traten weder in Menge noch in Häufigkeit besonders hervor, so daß unsere Untersuchungen neues Beweismaterial für diese Anschauung nicht bringen.

Doch ist zu bedenken, wie kurz unsere Beobachtungen zumeist nur sein konnten, so daß bei längerer Beobachtungszeit das Ergebnis in dieser Richtung möglicherweise reicher gewesen wäre.

---

[1]) Kürzlich beobachtete ich bei einem Kranken abnorm reichliche Tränensekretion.

[2]) Arch. f. Psych. Bd. 45 H. 1.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wertvoller sind unsere Untersuchungen vielleicht in anderer Richtung, insofern sie einen Beitrag liefern zur Beurteilung der eigenartigen Stellung, die die Dementia praecox innerhalb der psychischen Störungen, insbesondere zwischen — so gewagt das klingt — der Dementia paralytica und der Hysterie, den Typen organischer und funktioneller psychischer Anomalien, einnimmt. Noch einmal erinnere ich Sie an die Hauptmomente, in denen die Ähnlichkeit der Dementia praecox und der Paralyse besteht: bei der Paralyse fortschreitender, schließlich totaler geistiger und körperlicher Verfall, bei der Dementia praecox in etwa $^4/_5$ bis $^5/_6$ der Fälle auch ein dauernder geistiger Defekt, wenn auch verschiedenen Grades. Bei beiden Krankheiten Neigung zu Remissionen und andererseits zu Anfällen und subjektiven körperlichen Erscheinungen organischen Gepräges. Im klinischen Bilde beider mannigfache Zustandsbilder, die in ihrem äußeren Gepräge sonst selbständigen Krankheiten gleichen, deren Zusammengehörigkeit jedoch der gemeinsame Grundzug, hier wie dort, dokumentiert.

Noch andere Tatsachen sind es, die bei der Dementia praecox an ein organisches Hirnleiden zu denken zwingen, so die plötzlichen Todesfälle ohne körperlichen Befund und mit, wie die letzten Untersuchungen zeigen, schweren Gehirnveränderungen, ferner ihnen nahestehend, solche Fälle, bei denen trotz ausreichender Ernährung mehr allmählich ein schließlich zum Tode führender Verfall eintritt, wiederum ohne erklärende körperliche Krankheit. Weiter! Die pathologisch-anatomischen mikroskopischen Untersuchungen bei der Dementia praecox, die freilich noch nicht sehr zahlreich erhoben sind, zeigen uns ebenfalls erhebliche Veränderungen, so verschieden sie an sich von denen der Paralyse sind.

Es würde zu weit führen, genauer hier darauf einzugehen, ich erwähne hier nur noch, daß von französischen Autoren [1]) eine zerebellöse Form der Dementia praecox aufgestellt ist, die wir mit den atypischen Paralyseformen mit vorwiegender Beteiligung des Kleinhirns vergleichen könnten. Die Erwartung ist wohl nicht unberechtigt, daß das reiche Material, das in den Anstalten sich findet, zu weiteren

---

[1]) *Dufour, Klippel* und *Lhermitte*. Ref. Neurol. Zentralbl. 1909, 1.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Forschungen auch für die pathologische Anatomie der Dementia praecox dienen wird.

Nun zu den Berührungspunkten zwischen Dementia praecox und Hysterie.

Da sind, von den hysteriformen Anfällen abgesehen, besonders wieder zu nennen der außerordentlich vielfache und oft plötzliche Wechsel der Erscheinungen, die große Beeinflußbarkeit und der Umstand, daß eine große Reihe von Symptomen, wie Stupor, pathetische Haltungen usw., auch im Bilde der Hysterie vorkommen, die differentialdiagnostisch bekanntlich sehr große Schwierigkeiten bieten. Hier handelt es sich also ganz anders wie bei der Ähnlichkeit mit der Paralyse fast ausschließlich um psychopathologische Momente.

Die objektiven körperlichen Erscheinungen lassen sich nun gliedern in solche, die ein organisches Leiden vermuten lassen, und solche, die an Hysterie oder allgemeine Nervosität gemahnen.

Zu ersteren gehören einmal die verschiedenen Störungen der Motilität, des Fazialis, ferner der Sprache, kortikale Herderscheinungen, wie wir sie, vorwiegend aus der Literatur, aufgeführt haben. Ich möchte vermuten, daß bei längerer, eingehender Beobachtung derartige Erscheinungen noch erheblich zahlreicher nachzuweisen sind, als das bis jetzt gelungen ist.

Nächst diesen Symptomen kommen hier die von seiten der Pupillen und Reflexe, speziell der Sehnenreflexe, in Betracht. Trägheit der Pupillenreaktion auf Licht war nach unserem Befunde verhältnismäßig häufig, und nächstdem sind von Bedeutung die von *Bumke* und *Westphal* beschriebenen eigenartigen Änderungen der Reaktion und Form der Pupillen. Allerdings sind diese Pupillenerscheinungen, zum Teil jedenfalls, schwankende und vorübergehende Störungen, und das gleiche gilt auch von dem Verhalten der Kniephänomene. Der außerordentlichen Häufigkeit lebhafter, ja gesteigerter Kniephänomene kommt als Stütze für die Annahme einer organischen Erkrankung ohne gleichzeitige Spasmen oder andere Symptome kein Wert zu, da, wie wir oben schon hervorhoben, sie nur der Ausdruck einer krankhaften Erregbarkeit des Nervensystems sind und bei Hysterie und allgemeiner Nervosität selten fehlen. Mehr Bedeutung hat



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl die Abschwächung der Kniephänomene, doch war diese verhältnismäßig recht selten.

Wir können hiernach kaum sagen, daß wir bisher, selbst unter Heranziehung der Angaben anderer Autoren, eine besonders große Ausbeute an greifbaren Zeichen organischen Hirnleidens bei der körperlichen Untersuchung Dementia-praecox-Kranker gemacht haben, was in einem auffallenden Gegensatz zu der großen Zahl der andern von uns angeführten gewichtigen Momente steht, die die Dementia praecox der Paralyse und den Hirnerkrankungen überhaupt annähern.

Auf der andern Seite waren die klinischen Berührungspunkte zwischen Dementia praecox und Hysterie weit weniger bestimmt und greifbar, während unter den körperlichen Erscheinungen, abgesehen von den Zeichen allgemeiner Nervosität, sich sichere hysterische Stigmata nachweisen ließen. Ihre Zahl würde vielleicht, wie ich einschalten will, bei Ausdehnung der Untersuchung auch noch zunehmen.

Sehr ausgesprochene Ovarie und Mastodynie, Fehlen oder Abschwächung der Schleimhautreflexe bei Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe, sind ja Symptome, aus denen wir sonst, z. B. bei allgemein nervösen Klagen, die Diagnose Hysterie zu stellen kaum zögern würden. Ein paar Worte noch über die Ovarie. Man könnte nämlich einwenden, daß Ovarie auch bei ganz beschwerdefreien, nicht nachweislich nervösen Menschen, sich findet, wie das *Steinhausen* nachgewiesen hat. Andererseits bezeichnet *Binswanger* in seiner Hysterie dieselbe als eine der konstantesten und häufigsten Erscheinungen der Hysterie, und das gilt jedenfalls von so hochgradiger Ovarie, wie wir ihr bei der Dementia praecox oft begegnen. Sie trat uns ja vielfach als direkt psychogen entgegen, als körperliche Entäußerung psychischer Vorgänge.

Nach alledem ist unser Resultat in kurzen Worten, daß wir — jedenfalls bei kurzer Beobachtung — unter den objektiven körperlichen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erscheinungen mehr Symptome einer allgemeinen krankhaften Erregbarkeit des Nervensystems und insbesondere deutliche Anklänge an die Hysterie aufgefunden haben als Zeichen einer organischen Hirnerkrankung.

Ob an diesem Ergebnis vielleicht der Umstand mit Schuld trägt, daß unsere Kranken zumeist erst *vor kurzem* von der Krankheit ergriffen waren, vermag ich nicht zu entscheiden. Es käme darauf an, speziell ältere Fälle von Dementia praecox nach der gleichen Richtung zu untersuchen. An und für sich kann man sich ja denken, daß, ähnlich wie ein Hirntumor zuweilen erst eine Hysterie auslöst, zuerst als solche imponiert, und erst später die Tumorsymptome sich vordrängen, auch *der der Dementia praecox zugrunde liegende Hirnprozeß zuerst funktionelle Symptome von mehr weniger hysterischem Charakter und erst später organische hervortreten ließe.*

Noch ein paar Erwägungen zum Schluß! Sicherlich ist ja die Dementia praecox keine der Paralyse ganz analoge Gehirnkrankheit. Bei letzterer ist das Substrat, das in der Hauptsache dem pathologisch-anatomischen Prozeß zugrunde liegt, den eigentlichen Gehirnelementen fremd, zu deren Vernichtung es führt. Bei der Dementia praecox trifft, soweit sich bisher übersehen läßt, der krankhafte Prozeß nur die im Gehirn schon vorhandenen Elemente, geht von ihnen aus, freilich qualitativ wie quantitativ sich von der Norm immer mehr entfernend. Man kann sich wohl vorstellen, daß dementsprechend im klinischen Bilde die Vernichtung der normalen psychischen Funktion keine so vollständige wie bei der Paralyse ist, daß lange Zeit neben den tiefgreifenden irreparablen Störungen mehr qualitative funktionelle Veränderungen der Psyche einhergehen, ja im Beginn sogar überwiegen.

So ließe sich die Eigenart unserer Befunde und die eigentümliche, gleichsam Mittelstellung der Dementia praecox zwischen organischen und funktionellen psychischen Störungen verstehen.

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

101. Sitzung vom 16. Oktober 1905. Oberamtsrichter Dr. *Frese*-Meissen (als Gast): Über den Fall der Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha geb. Prinzessin von Belgien.

Ref. schildert die Lebens- und Krankheitsgeschichte der Prinzessin und führt gegenüber dem französischen Gutachten aus, daß sich die Pariser Ärzte gar nicht auf das wirklich einschlagende österreichische Recht, sondern auf die nicht unwesentlich abweichenden Bestimmungen des côde Napoléon gestützt haben.

Diskussion. — Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Für die Beurteilung der Prinzessin kommen mehr oder minder in Betracht: schwerer Typhus (Mitte der siebziger Jahre), einige Fehlgeburten, Sturz von einem Felsen (Anfang der achtziger Jahre), nach dem die Prinzessin zeitweise bewußtlos war, und die völlige Abhängigkeit von Matasitsch. Auch der Tod des Kronprinzen Rudolf, an dem sie sehr gehangen hat, hat sie stark affiziert. Die Prinzessin entbehrt durchaus der eigenen Willenskraft und der Fähigkeit, die Dinge klar zu überschauen sowie selbst zielbewußt zu handeln und hat ohne Einsicht und Reue den Einflüssen derer nachgegeben, die sich ihr angeschlossen hatten. Sie beurteilt Matasitsch völlig falsch. Ihr Gemütsleben liegt darnieder. Der Haß gegen ihren Gatten ist ungenügend motiviert. Sie geht auf in Äußerlichkeiten, kauft Toilettengegenstände verschwenderisch zusammen, sammelt wertlose Sachen, die sie als wertvoll behandelt, zerstört kostbare Bilder. Es fehlt ihr an Selbstzucht, sie ist bisweilen unreinlich und mißachtet die Regeln des guten Tones im äußeren Verhalten, beim Essen usw. Ihre Neigung zur Unwahrheit ist auf Erinnerungsstörungen zurückzuführen. Ihr Zustand hat gewisse periodische Schwankungen aufzuweisen, welche ihm gerade die pathologische Färbung geben. Nach dem Standpunkte der deutschen Kommission ist die Prinzessin nicht nur auf intellektuellem, moralischem und ethischem Gebiete schwachsinnig, sondern auch der Überwachung bedürftig. Daß die französische Kommission so anders urteile, ist nicht verständlich. — Sanitätsrat Dr. *Pierson*-Lindenhof weist darauf


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hin, daß Bemerkungen über Heredität in dem Gutachten über die Prinzessin fehlen. Es is nun doch nicht unwesentlich, daß die Kaiserin von Mexiko geisteskrank gewesen ist und auch schon vor der Verheiratung und vor der mexikanischen unruhigen Zeit Spuren psychischer Krankheit gezeigt hat. Ein Prinz aus dem Hause Koburg weilt in einer österreichischen Irrenanstalt. Der König der Belgier ist in verschiedenen Dingen von gewisser Genialität, aber nach andern Richtungen exzentrisch. Die Prinzessin selbst hat einigemal nach körperlichen Krankheiten Zustände von Apathie gehabt. Die französischen Ärzte hätten vor Erstattung ihres Gutachtens sich leicht genauer orientieren können, z. B. über den Wechsel in den ehelichen Verhältnissen, die zunächst glücklich waren, auch darüber, daß es sich bei der Prinzessin nicht um eine gewöhnliche Verschwendungssucht, sondern um die Sucht handele, möglichst vieles zwecklos in Massen zu besitzen. Die Prinzessin kann nicht richtig rechnen, z. B. nicht multiplizieren. In Matasitsch ist sie verliebt, diese Liebe wird aber von seiner Seite nicht, wenigstens nicht mehr, erwidert. Vor ihrer Pariser Untersuchung scheint die Prinzessin stark präpariert worden zu sein, aber ihr Zustand hat sich zwischen ihrer deutschen und ihrer französischen Beurteilung nach Ansicht des Redners nicht verändert. In Paris hat sie trotz ungünstiger Vermögenslage viel Schulden kontrahiert, auch Wechsel gegeben.

Dr. *Weber* legt auf die Heredität nicht so großen Wert, diese Frage sei in praxi für den einzelnen Fall insofern überhaupt heikel, als ja an vielen, die geisteskranke Verwandte hätten, nichts Abnormes wahrzunehmen sei. Auf die Neigung zu Matasitsch legt *Weber* kein besonderes Gewicht. Er erachtet die Prinzessin für unfähig, sich ernstlich zu beschäftigen, und hält höchstens eine vorübergehende Besserung für möglich.

Hofrat Dr. *Ganser* bezeichnet die Schrift des Referenten *Frese* über die Prinzessin (Verlag von C. Marhold-Halle) für besonders dankenswert, weil den deutschen Psychiatern viel daran gelegen habe, daß die Sache einem größeren Publikum klargestellt werde. Dieser ihm zweifellose Fall psychischer Krankheit entbehre s. E. diagnostischer Schwierigkeiten und sei auch kein sogenannter Grenzfall. Bei der Frage, wie das französische Gutachten so anders ausfallen konnte, stehe er vor einem Rätsel: dasselbe enthalte Fehler elementarster Art und scheine von vornherein auf die Gewinnung eines einwandfreien Materials verzichtet zu haben; die Kranke sei offenbar nur nach einigen Unterredungen im Hotel beurteilt worden, wo sie unter dem Einfluß finanziell Interessierter stand. Die französischen Ärzte hätten es für ihre Pflicht halten müssen, nicht nur das französische, sondern das allein in Betracht kommende österreichische Recht ihrer Beurteilung zugrunde zu legen.

Die Versammlung teilt den Standpunkt der deutschen bzw. österreichischen Ärzte und hält die Entmündigung der Prinzessin für berechtigt und die ihr in Deutschland zuteil gewordene Behandlung für richtig.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

102. Sitzung vom 20. November 1905. Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellungen.

103. Sitzung vom 15. Dezember 1905.

I. Der Vorsitzende gedenkt des Ablebens des Herrn Geheimen Sanitätsrats Dr. *Laehr* - Berlin-Zehlendorf, würdigt seine hohen Verdienste um die psychiatrische Wissenschaft wie um die Irrenärzte und gedenkt auch seines freundlichen Interesses für die Dresdener Vereinigung. Die Versammlung erhebt sich zu seinen Ehren.

II. Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein spricht über die Voraussetzungen der Pflegschaft und behandelt insbesondere § 1910 Abs. II und III des BGB. Auf sein Ersuchen wird vornehmlich über den Begriff „Verständigung" in Absatz III diskutiert. Auf Grund der Aussprache, an der namentlich die Herren Oberamtsrichter, Oberjustizrat Dr. *Beermann* und Dr. *Weltz* in Dresden teilnahmen, neigte die Versammlung der wohl ungedruckten Entscheidung des Oberlandesgerichts Dresden zu, nach welcher es der Einwilligung des Gebrechlichen in die Anordnung der Pflegschaft dann nicht bedarf, wenn der Gebrechliche nicht einsehen kann, daß der Pfleger gerade aus Fürsorge für ihn und nicht zur Beeinträchtigung seiner Rechte bestellt werden soll, wenn er für Sinn und Tragweite der beabsichtigten Maßnahme kein Verständnis hat.

Dr. *Weber* erklärt es für wünschenswert, daß im Gesetze zum Ausdruck gebracht würde, daß die Verständigung über Sinn und Tragweite der Pflegschaft möglich sein müsse. Auf Bedenken des Dr. *Stegmann*-Dresden gegenüber der Eventualität, daß einer weder geisteskranken noch geistesschwachen Person das Recht wichtiger Verfügungen entzogen werden könne, erwidert Dr. *Beermann*, in der Regel sei die Einwilligung des betreffenden nötig, gerade in den Fällen geminderter Gebrechlichkeit werde man sich mit ihm „verständigen" können und dann ohne sein Einverständnis nicht zur Pflegschaft gelangen. Der Richter werde sich auch vom Sachverständigen beraten lassen. Endlich stehe dem betreffenden ja ein an keine Frist gebundenes Rechtsmittel zu.

104. Sitzung vom 23. Januar 1906. I. Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*: Die Reichsgerichtsentscheidungen in Strafsachen auf forensisch-psychiatrischem Gebiete.

Der Vortrag bezweckt eine Fortsetzung derjenigen Zusammenstellung, die am 4. Februar 1897 (abgedruckt in der Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 55 S. 191 ff.) hinsichtlich der Urteilspraxis des Reichsgerichts auf forensisch-psychiatrischem Gebiet gegeben worden ist. Das diesmalige Referat umfaßt die seitdem erschienenen „Entscheidungen in Strafsachen" des Reichsgerichts, Bd 30 (29) bis 37. Ausgeschieden ist hier, wie damals alles, was sich ausschließlich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf richterlichem Gebiete, vor allem auf demjenigen der Prozeßtechnik, bewegt. Auch ist alles, die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Stand Berührende weggelassen worden, soweit es nicht speziell auf die forensische Psychiatrie Bezug hat.

Um die Übersicht zu einer etwas vollständigeren zu machen, ist auf die früheren Ausführungen unter ihrem Stichworte und unter Anziehung der Reichsgerichtsentscheidungen, auf die sie Bezug nehmen, mit verwiesen worden. Der gegebene Überblick umfaßt auf diese Weise ein volles Vierteljahrhundert reichsgerichtlicher Spruchpraxis auf forensisch-psychiatrischem Gebiete im Strafrecht.

1. Erkenntnisfähigkeit im Strafrecht wird bei dem normal entwickelten Menschen über 18 Jahre vermutet: E. 23, 351.

Besondere Feststellung ist aber geboten bei Jugendlichen und Taubstummen: E. 3, 198.

a) Der Begriff dieser Erkenntnisfähigkeit wird näher ausgeführt in E. 5, 395; 11, 387; 15, 97. Beispiel aus § 167 StGB., Störung des Gottesdienstes: E. 5, 395.

b) Mangelnde Erkenntnisfähigkeit begründet nur eine auf die Person beschränkte Unverfolgbarkeit; es ist daher strafbare Teilnahme hier möglich: E. 6, 186, 336.

(neu) c) Es bedarf stets im Urteil einer ausdrücklichen Feststellung, daß die nach §§ 56, 57 StGB. erforderliche Strafbarkeitseinsicht des Jugendlichen als vorhanden angenommen worden ist. Indessen eine Tatsache, deren rechtlicher Ausführung es im Sinne von § 366 StPO. bedürfte, ist diese Feststellung nicht. Es genügt also jedenfalls die Angabe, „nach dem Auftreten des Angeklagten in der Hauptverhandlung war die Strafbarkeitseinsicht zu bejahen". Es bedarf (etwa E. 29, 99, aber konform E. 31, 161) keiner Angabe der Tatsachen, auf welche die Feststellung dieser Einsicht gestützt wird: E. 36, 112.

Werden aber die Tatsachen genannt, auf die sich jene Annahme stützt, so müssen sie allerdings auch eine rechtsirrtumsfreie Begründung erkennen lassen. Das ist z. B. nicht der Fall, wenn der Richter in dem auf 17 Jahre 10 Monate festgestellten Alter des Angeklagten allein das Vorhandensein der Einsicht erblickt: E. 31, 161.

(neu) d) Bei Feststellung der Strafbarkeitseinsicht kommt es nicht darauf an, ob der jugendliche Angeklagte die Strafbarkeit seiner Handlungsweise eingesehen hat, sondern nur darauf, ob er nach dem Maße seiner Einsicht imstande gewesen ist, die Strafbarkeit zu erkennen. Und zwar muß der Besitz dieser Einsicht bei der Tat gefordert werden, die Einsicht mithin als eine dem Täter innewohnende, ihn zur eigenen Erkenntnis befähigende Verstandesreife gegeben sein. Es genügt nicht etwa die Feststellung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines derartigen Grades geistiger Entwicklung, daß ihm die Strafbarkeit klar gemacht werden kann: E. 33, 108.

2. Prüfung der Verstandesentwicklung bei Abnahme des Zeugeneides: E. 11, 261; 20, 60. Falscher Eid des Eidesunmündigen ist kein Meineid im Sinne von § 154 StGB.: E. 4, 33.

(neu) a) Die Vernehmung und Vereidung eines wegen Geisteskrankheit Entmündigten als Zeugen ist rechtlich gestattet. Sie ist Sache des richterlichen Ermessens. Dies gilt auch insbesondere für die Beeidigung eines solchen Zeugen, wozu nach § 56[1] StPO. allerdings nur dann geschritten werden darf, wenn hinsichtlich des Verständnisses des geisteskranken Zeugen von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keinerlei Bedenken obwalten. Eine vorhandene Geisteskrankheit kann aber derart sein, daß solche Bedenken ausgeschlossen erscheinen: E. 33, 393.

(neu) b) Ein Taubstummer, der des Lesens und Schreibens sowie der Zeichensprache des Dolmetschers unkundig und dessen Beeidigung daher unmöglich ist, kann zwar nicht als Zeuge im technischen Sinne betrachtet werden. Es steht aber nichts im Wege, das tatsächliche Gebaren eines solchen Menschen als einen Beweisbehelf anzusehen, der unter Umständen wichtiger und überzeugender sein kann als der Redefluß manches beeideten Zeugen. Die Geberden eines Taubstummen stehen in dieser Beziehung auf einer Linie mit dem äußeren Eindruck, den eine vor Gericht erschienene Person macht, ihrer Unbefangenheit, Verlegenheit, den Zeichen des Schreckens, der Furcht, der Scham usw. sowie den tatsächlichen Vorgängen vor Gericht, wie sie bei Vernehmung von Sachverständigen im Experiment oder sonstigen sinnfälligen Erscheinungen vorkommen: E. 33, 403.

3. Begriff der Handlungsunfähigkeit: E. 15, 410.

a) Insoweit die Handlungsunfähigkeit auf Geisteskrankheit beruht, ist der Richter an das Sachverständigengutachten nicht gebunden: E. 7, 425.

b) Freisprechung ist schon dann geboten, wenn dem Richter begründete Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten entstehen: E. 21, 131.

c) Die Zulässigkeit strafgerichtlicher Verhandlung bei partieller Geistesstörung behandelt E. 1, 149.

(neu) d) Ob ein geisteskranker Angeklagter verhandlungsfähig sei oder nicht (§ 203 StPO.), ist von der Beurteilung der Frage, die dem Tatrichter zusteht, abhängig, ob der Angeklagte sich in einem solchen Zustande geistiger Freiheit befinde, daß mit ihm in gültiger Weise strafgerichtlich verhandelt werden könne oder nicht. Hierbei ist es unzulässig, die Möglichkeit der Verhandlungsfähigkeit geisteskranker Angeklagter lediglich auf die Form der in sogenannten fixen Ideen sich ausprägenden Geisteskrankheit zu beschränken. Die Formen der Geistes-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankheit sind so mannigfache und ihre Übergänge so feine und oft schwer erkennbare, daß die Beschränkung jener Möglichkeit auf *eine* bestimmte Form der Geisteskrankheit etwas Willkürliches an sich tragen würde. Es muß vielmehr immer Gegenstand der konkreten Feststellung bleiben, ob die Geisteskrankheit des Angeklagten eine derartige ist, daß er in der Verhandlung seine Interessen vernünftig zu vertreten, seine Rechte zu wahren und seine Verteidigung in verständiger und verständlicher Form zu führen vermag: E. 29, 324.

e) Ein *wegen Geisteskrankheit entmündigter* unter Vormundschaft stehender *Beschlagnahmeinteressent* kann nicht selbständig das Rechtsmittel der Revision einlegen. Die rechtliche Wirksamkeit der von einem Angeklagten vorgenommenen Prozeßhandlungen ist zwar nach der Strafprozeßordnung nicht an das Erfordernis freier Handlungs- und Prozeßfähigkeit geknüpft. Der wegen Geisteskrankheit Entmündigte kann also auch selbständig alle einem Angeklagten zustehenden Rechtsmittel einlegen. Dies gilt aber nicht für die in § 478^{2} StPO. bezeichneten Personen, die sogenannten Beschlagnahmeinteressenten. Denn bei ihnen handelt es sich in dem objektiven Strafverfahren lediglich um die Wahrung vermögensrechtlicher Ansprüche. Diese hat jedoch bei bevormundeten Personen nicht durch sie selbst, sondern vielmehr durch ihren Vormund zu erfolgen. Dem steht auch nicht der Wortlaut des § 478^{3} StPO. entgegen, wonach sie alle Befugnisse ausüben können, die dem Angeklagten zustehen. Denn damit ist nur die materielle Berechtigung, nicht aber die persönliche Ausübung dieser Befugnisse gemeint: E. 29, 52.

4. *Blödsinn* ist Geisteskrankheit im Sinne von § 176 StGB.: E. 7, 425. Ibidem Unterschied zwischen Geisteskrankheit des § 176^{2} und krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne von § 51 StGB., die auch vorübergehende Krankheitszustände erfaßt.

5. *Bewußtlosigkeit* ist *Strafausschließungsgrund* im Sinne von § 51 StGB., anders wie die eben dort gedachte krankhafte Störung der Geistestätigkeit, auch dann, wenn die freie Willensbestimmung dadurch nur „in Beziehung auf die spezielle Tat" ausgeschlossen war: E. 5, 339.

6. Als *Zeitpunkt* für die *Unzurechnungs*fähigkeit *als Strafausschließungs*grund kommt nur der Zeitpunkt der Vornahme der Handlung, nicht derjenige des Eintritts des rechtswidrigen Erfolges in Betracht: E. 22, 413.

7. Begriff des „*moralischen Irreseins, Moral insanity*", die die Zurechnungsfähigkeit im Sinne des Strafgesetzes jedenfalls nur dann ausschließen kann, wenn sie auf *krankhafter* Störung beruht: E. 15, 97.

8. Nach feststehender Praxis des RG. ist der *Geisteskranke unfähig zur Begehung einer Handlung im Rechtssinne.*

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

a) In Konsequenz dessen ist strafbare Beihilfe zur Tat des Geisteskranken nicht denkbar: E. 11, 56.

b) Daher auch Beihilfe zum Abtreibungsversuche einer Geisteskranken straflos, E. 21, 14, wobei jedoch zu prüfen ist, ob nicht Versuch aus § 220 StGB. gegeben ist: Abtreibung „ohne deren Willen".

c) Die Selbstentleibung eines Geisteskranken kann dem beaufsichtigenden Wärter als fahrlässige Tötung angerechnet werden: E. 7, 332.

d) Die Einwilligung der Geisteskranken zum Beischlaf schließt den Begriff „Mißbrauch" im Sinne von § 176[2] StGB. nicht aus: E. 7, 425.

e) Einziehung nach §§ 40, 42 StGB. ist unzulässig, wenn der Täter wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gesetzt ist: E. 29, 130.

(neu) f) Auch eine Hehlerei im Sinne von § 259 StGB. ist an Sachen nicht denkbar, die durch die „Handlung" des Geisteskranken erlangt sind: E. 35, 73.

9. Da dem Geisteskranken aber Wille in natürlichem Sinne beiwohnen kann, ist es Tatfrage, ob widerrechtliche Zueignung einer vom Geisteskranken übergebenen Sache Diebstahl oder Unterschlagung ist: E. 2, 332.

10. Der Geisteskranke ist auch einer Handlung in natürlichem Sinne fähig, und das Notwehrrecht im Sinne von § 53 StGB. wird daher dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Angriff von einem zurechnungsunfähigen Menschen ausgeht: E. 27, 44.

11. Daß die Beleidigung eines Geisteskranken rechtlich möglich ist, wird ausgeführt in E. 10, 372; 27, 366.

(neu) Hierfür ist auch verwertbar E. 29, 398; der § 185 StGB. setzt keineswegs voraus, daß der Beleidigte sich der ihm widerfahrenen Ehrenkränkung bewußt geworden ist. Wie Abwesende beleidigt werden können, so ist dies auch möglich bei Anwesenden, denen das Verständnis für den ehrenkränkenden Charakter fehlt. Aus welchem Grunde ihnen dieses Verständnis fehlt, ist gleichgültig.

a) Der Beginn der Strafantragsfrist bei Beleidigung eines Geisteskranken ist abhängig davon, wann der Antrag durch den Vormund hätte erhoben werden können: E. 27, 366.

(neu) b) Anders dagegen bei dem Vormund eines wegen Geistesschwäche Entmündigten sowie einer nach § 1906 BGB. unter vorläufige Vormundschaft gestellten Person. Der Vormund ist hier nicht kraft eigenen Rechts nach § 68[2] StGB. zur Strafantragstellung berechtigt. Denn für die Frage, ob der Verletzte „geschäftsunfähig" im Sinne des § 65 StGB. ist, sind nur die Vorschriften des bürgerlichen Rechts maßgebend. Wenn das Amtsgericht die Entmündigung wegen „Geistesschwäche" ausspricht oder den Erkrankten nach


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

§ 1906 BGB. unter „vorläufige Vormundschaft“ stellt, so steht er in Ansehung der Geschäftsfähigkeit nach § 114 BGB. einem Minderjährigen über 7 Jahre gleich. Er ist, so lange dieser Beschluß besteht, nicht geschäftsunfähig, und ist auch der Strafrichter daran gebunden. Dem Vormund steht daher insoweit nicht die selbständige Antragsberechtigung zu, sondern er kann nur den Antrag „im Namen und aus dem Rechte“ des Verletzten stellen, was z. B. wegen der Antragsfrist von besonderer Bedeutung werden kann: E. 34, 98.

12. Schmerzerregung gehört nicht zum Begriff der Körperverletzung: vereinigte Strafsenate E. 28, 212.

a) Mißhandlung im Sinne von § 223 ff. StGB. wird auch nicht dadurch ausgeschlossen, daß sie ohne Eindruck auf das Empfindungsvermögen des Verletzten bleibt: E. 19, 136; 29, 58, wennschon allerdings immer eine Störung des körperlichen Wohlbefindens verlangt wird.

(neu) b) Körperverletzung kann auch durch psychische Einwirkungen begangen werden, z. B. durch Verursachung eines heftigen Schreckens. Immer ist aber notwendig die Feststellung, daß dadurch eine Einwirkung auf den Körper des Menschen eingetreten ist, z. B. durch plötzliche und heftige Reizung der Empfindungsnerven. Denn die Körperverletzung hat stets zur Voraussetzung, daß das, was der Täter verursacht hat, objektiv entweder die körperliche Mißhandlung oder die Beschädigung der Gesundheit eines andern darstellt. E. 32, 113.

13. Körperverletzung kann auch durch rechtswidrige Einwirkung auf den Willen des zu Verletzenden bewirkt werden, wodurch er bestimmt wird, selbst eine Beschädigung seiner Gesundheit vorzunehmen: E. 26, 242.

(neu) a) Als fahrlässige Körperverletzung kann auch die Abgabe unmäßiger Mengen von opiumhaltiger Arznei durch den Apotheker angesehen werden. Um die Mitwirkung des Verletzten in dem wiederholten Verlangen und Einnehmen von Arznei auszuschließen, bedarf es nicht der Feststellung, daß er sich hierbei in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat. Es genügt die Feststellung, daß er keine vorsätzliche Selbstbeschädigung vorgenommen hat, und daß seine Gier nach dem Opium auf Abschwächung des Willens und geminderter Zurechnungsfähigkeit beruhte.

14. Der in § 224 StGB. geforderte Kausalzusammenhang zwischen Körperverletzung und Geisteskrankheit ist auch dann gegeben, wenn die Mißhandlung zunächst nur eine heftige Gemütsbewegung verursachte und erst infolge dieser die Geisteskrankheit ausbrach: E. 27, 93.

a) Unter Geisteskrankheit im Sinne von § 224 StGB. ist ein allgemeiner Krankheitszustand zu verstehen: E. 6, 5.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

b) Auch wird in § 224 zwar eine dauernde Krankheitserscheinung der dort gedachten Art verlangt, nicht aber verlangt, daß sie unheilbar sein müsse: E. 21, 223.

15. Unter Krankheit im Sinne von § 221 StGB. (Aussetzung einer hilflosen Person) wird jede Beeinträchtigung der normalen körperlichen und geistigen Funktionen verstanden, also auch vorübergehende, z. B. Trunkenheit, wenn sie nur den Zustand der Hilflosigkeit herbeigeführt hat: E. 5, 393.

a) Die Verpflichtung zur Fürsorge für Hilflose im Sinne von § 221 StGB. besteht auch dann, wenn sie vom Hilflosen nicht beansprucht wird oder wegen Willenlosigkeit nicht beansprucht werden kann: E. 8, 205.

16. Gefangenenbefreiung im Sinne von §§ 347, 120 StGB. ist auch gegen den Willen des Gefangenen und bei dessen Bewußtlosigkeit möglich: E. 5, 325.

17. Der Zwang bei der Nötigung des § 240 StGB. umfaßt sowohl die vis compulsiva, wie die vis absoluta: E. 2, 184, 288; 7, 64.

a) In gleichem Sinne ist „Gewalt" auch bei der Erpressung im Sinne von § 253 StGB. zu verstehen: E. 7, 64.

18. Widernatürliche Unzucht im Sinne von § 175 StGB. ist auch möglich mit einem Schlafenden oder Unzurechnungsfähigen: E. 20, 225.

19. Anlangend die Unterbringung eines Geisteskranken in einer öffentlichen Irrenanstalt gemäß § 81 StPO. wird ausgesprochen:

a) daß die Maßregel zulässig ist auch dann, wenn es sich nur um den Zustand des Angeklagten zur Zeit der Tat handelt: E. 20, 378.

b) Indessen Vorbedingung ist, daß die Unterbringung von einem Sachverständigen beantragt werde: E. 20, 378.

c) Die Verhängung der Maßregel unterliegt aber immer dem Ermessen des Gerichts: E. 20, 378.

d) Ein derartiger Antrag ist als ein Beweisantrag anzusehen und demgemäß prozessual zu behandeln: E. 23, 209.

e) Unzulässig ist die wiederholte Verwahrung in einer Irrenanstalt, wenn die angeordnete Unterbringung bereits 6 Wochen gedauert hat: E. 23, 209.

(neu) f) Es darf jedoch der Angeklagte zur Vorbereitung eines anderweiten Gutachtens über seinen Geisteszustand auch nach Ablauf jener Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt in Haft behalten und selbst zu diesem Zwecke in ein anderes Gefängnis überführt werden, wenn der Richter das vorliegende Gutachten für ungenügend hält. Denn die Untersuchungshaft kann nach § 112 StPO. so lange fortdauern, als dies durch die Zwecke der Untersuchung, zur Erforschung der materiellen Wahrheit geboten ist, gleichviel, ob hierbei



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anderweite Tatsachen oder der Geisteszustand des Angeklagten der Klarstellung bedarf: E. 34, 307.

Bemerkung. Die 4. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins hat 1905 einen Zusatz zu § 81 StPO. des Inhalts als wünschenswert bezeichnet, daß dann, wenn das Gericht oder der Angeklagte ein Obergutachten verlangt, die Einlieferung des Angeklagten in eine öffentliche Irrenanstalt von neuem beschlossen werden könne.

(neu) g) Der gemäß § 81 dem Angeschuldigten bestellte Verteidiger ist ein notwendiger im Sinne von § 140 StPO. Er ist daher auch zur Hauptverhandlung zu laden. Dem Angeschuldigten, der unter dem Verdachte der Unzurechnungsfähigkeit steht, soll bis zur endgültigen Entscheidung über seine Zurechnungsfähigkeit ein rechtskundiger Beirat zur Seite stehen. Diese Entscheidung wird aber nicht durch das Gutachten des Sachverständigen, sondern — falls es zur Hauptverhandlung kommt — nur durch das richterliche Erkenntnis getroffen: E. 37, 21.

20. Bei Beurteilung des geistigen Zustandes des Angeklagten kann der Richter ebensowohl wie der Sachverständige die beantragte Vernehmung Dritter als unnötig ablehnen: E. 29, 153.

(neu) 21. Ob ein Krankenwärter in einer (provinzialständischen) Irrenanstalt als eine „Medizinalperson" — bzw. als „Beamter" — im Sinne von § 174³, ² StGB. (Unzuchtsverbrechen mit den ihrer Obhut Anvertrauten) anzusehen ist, ist eine Tatfrage. Hierbei ist zu beachten, daß das fragliche Gesetz unter „Medizinalpersonen", wie der Wortlaut und die Wortverbindung (Ärzte oder andere Medizinalpersonen) ergibt, anders wie z. B. in § 61 Konkursordnung und in Art. 352 des früheren sächsischen Strafgesetzbuchs von 1868, nicht den Beamten und Ärzten auch andere Bedienstete in den betreffenden Anstalten schlechthin gleichstellt. Es kommt vielmehr auf eine der ärztlichen gleichartige oder ähnliche Berufstätigkeit an, auf die Betätigung der Heilkunde, obschon der Begriff der Approbation, anders wie in §§ 277, 278 StGB., hier nicht einschlägt. Die Krankenpflege ist aber an sich noch nicht Ausübung der Heilkunde. Ein gewöhnlicher Krankenwärter in einer Irrenanstalt wird aber in der Regel bei seiner Tätigkeit auf untergeordnete Dienste im Rahmen der Weisung des Anstaltsarztes beschränkt sein. Dahin gehören insbesondere die Aufsicht über die Kranken, das Baden, das Verabreichen einer vom Arzte verordneten Medizin und ähnliche „Handlungen". Anders nur, wenn er z. B. auch als Heildiener oder Heilgehilfe tätig ist und mit der selbständigen ärztlichen (unterärztlichen) Behandlung der Kranken, mit einer Medizinaltätigkeit im eigentlichen Sinne betraut ist. Dagegen ist für die Beantwortung der Frage, ob der Kranken-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wärter etwa als „Beamter“ anzusehen sei, maßgebend, ob er nach den betreffenden Reglements und Gesetzen als im mittelbaren Dienst des Staates angestellt anzusehen ist: E. 31, 246.

In der Diskussion gab Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein seinem Bedenken gegen die nach Ansicht des Reichsgerichtes mögliche, aber seines Erachtens gefährliche Beeidigung unter Zustandsvormundschaft stehender Personen Ausdruck, hielt es weiterhin kaum für denkbar, daß bei der heutigen Ausbildung der Taubstummen es noch solche geben könne, die sich durch Dolmetscher nicht verständlich machen könnten, auf deren Gesten aber trotzdem vom Gerichte noch Wert gelegt werden könnte, und bekämpfte die Auffassung des Reichsgerichts, daß die Beihilfe zur Tat eines Geisteskranken straflos sei, und daß die „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ des § 51 StGB. zu dem darin weiter erwähnten „Zustand der Bewußtlosigkeit“ insofern in einem Gegensatz stehen solle, als erstere allgemeiner Natur, umfassend sein müsse, letztere aber nur für die spezielle Tat vorzuliegen brauche. Nach dem Standpunkt des Dr. *Weber* ist Bewußtlosigkeit lediglich mit Bezug auf die spezielle Tat undenkbar. — Landgerichtsdirektor Dr. *Becker* gab hierauf über die differenzierende Behandlung der in Frage stehenden beiden Begriffe von seiten des Reichsgerichtes nähere Erläuterungen und hielt Dr. *Weber* weiter noch entgegen, daß die Straflosigkeit der Gehilfen zur Tat eines Geisteskranken grundsätzlich durchaus korrekt sei, da sich das deutsche Strafgesetz in Anlehnung an das französische Strafgesetz auf den Standpunkt gestellt habe, daß von einer strafrechtlich relevanten „Tat“ eines Geisteskranken überhaupt nicht die Rede sein könne. — Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann* (†) äußerte zu diesem Punkte noch, für die Praxis könnten erhebliche Gefahren aus dieser Auffassung schwerlich entstehen, weil in Fällen der Beteiligung geistig gesunder Personen an Handlungen Geisteskranker die ersteren als die eigentlichen Täter bestraft und auch noch auf andere Weise gefaßt werden könnten. — Bedenken äußerte Dr. *Weber* endlich noch über die Entscheidung des Reichsgerichts Bd. 23 S. 209, wonach die in § 84 Abs. 4 StPO. festgesetzte sechswöchige Verwahrungsdauer auch dann nicht überschritten werden darf, wenn sich eine neue Begutachtung über den Geisteszustand des betreffenden Angeschuldigten nach § 83 StPO. nötig mache, und beleuchtete die Unzuträglichkeit dieser Auffassung durch Fälle aus seiner Praxis.

II. Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann*-Dresden (†) berichtet über den letzten Internationalen Kriminalistenkongreß in Hamburg. Referent, ein Teilnehmer an diesem Kongresse, schilderte insbesondere seine Besuche der Irrenanstalt Langenhorn, des Zentralgefängnisses zu Fuhlsbüttel, des Leichenschauhauses im Hafenkrankenhause, des Kriminalmuseums, des Rauhen Hauses sowie mehrerer Verbrecherkeller, Kaschemmen und einiger Asyle für Obdachlose.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

105. Sitzung vom 26. Februar 1906. Landgerichtsdirektor Dr. *Weingart*-Bautzen spricht über den gegenwärtigen Stand der Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit wie folgt:

Die gemindert Zurechnungsfähigen interessierten früher den Juristen nur insofern, als sie wegen geringerer Willensschuld Anspruch auf geringere Strafe hatten. In neuerer Zeit hat man aber erkannt, daß sich gerade aus den Reihen der gemindert Zurechnungsfähigen ein großer Teil der rückfälligen Verbrecher und der jugendlichen Verbrecher rekrutiert, und daß man deshalb, will man der Kriminalität der Jugendlichen und dem Rückfall möglichst vorbeugen, vor allem auch darauf bedacht sein muß, die richtigen Mittel zur strafrechtlichen Behandlung der gemindert zurechnungsfähigen Verbrecher zu finden. Die ersten Anregungen in dieser Richtung gaben zu Anfang der neunziger Jahre *Koch*, *Tigges*, *Fritsch* und *von Liszt*. Auch die Dresdner Forensisch-psychiatrische Vereinigung befaßte sich eingehend mit dieser Frage und machte unter der Leitung der Herren Geheimrat Dr. *Weber* und Senatspräsident *Kurtz* 1898 den Vorschlag [1]), in das deutsche Strafgesetzbuch als Ergänzung zu § 51 die Bestimmung aufzunehmen, daß gegen vermindert Zurechnungsfähige die milderen Strafbestimmungen des § 57 Abs. 1 Z. 1—4 anzuwenden seien, daß ferner die Freiheitsstrafen gegen vermindert Zurechnungsfähige in besonderen Anstalten oder Räumen und nach besonderen, dem Zustande der gemindert Zurechnungsfähigen anzupassenden Vorschriften zu vollstrecken seien, und daß bei gefährlichen gemindert Zurechnungsfähigen Überweisung an die Vormundschaftsbehörde zulässig sein solle, die dadurch die Befugnis erhalte, sie nach vollstreckter Strafe in besonderen Anstalten so lange unterzubringen, als zu befürchten sei, daß sie auf freiem Fuß wieder Straftaten begehen würden. Diese Vorschläge der Dresdner Forensisch-psychiatrischen Vereinigung wurden dann von der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung unter der Führung *von Liszts* und vom Deutschen Juristentag, dem *Kahl* ein ausführliches Gutachten erstattete, weiter entwickelt. Jetzt bewegen sich die Anschauungen im wesentlichen in folgenden Richtungen:

1. Es ist vor allem nötig, genau festzustellen, wie die Klasse der gemindert zurechnungsfähigen Verbrecher abzugrenzen ist, wenn man eine besondere strafrechtliche Behandlung für sie einführen will. Die Auffassung der Ärzte von geminderter Zurechnungsfähigkeit genügt hier nicht. Das praktische Bedürfnis verlangt vielmehr, die Grenzen enger zu ziehen. Es empfiehlt sich folgende Definition: Gemindert zurechnungsfähig sind diejenigen, bei denen durch einen krankhaften Zustand, der nicht bloß vorübergehend ist, das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetztes oder die Widerstandskraft gegen strafbares Handeln erheblich vermindert ist.

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 56, S. 451.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Streit herrscht zurzeit noch darüber, ob der vermindert Zurechnungsfähige zu bestrafen sei. Manche, wie Prof. *Finger*, Prof. *Straßmann*, empfehlen, diejenigen, bei denen die Zurechnungsfähigkeit nicht erheblich gemindert ist, mit denselben Strafen wie die voll Zurechnungsfähigen zu bestrafen, dagegen die Personen mit erheblich geminderter Zurechnungsfähigkeit nicht zu bestrafen, sondern sie Anstalten zur ärztlichen und pädagogischen Behandlung zu überweisen. Dagegen ist in Deutschland die überwiegende Mehrzahl der Kriminalisten dafür, daß alle gemindert Zurechnungsfähigen erst bestraft und dann, soweit nötig, noch einer Nachbehandlung unterworfen werden sollen. Hierfür hat sich namentlich auch die Internationale Kriminalistische Vereinigung und der Deutsche Juristentag ausgesprochen.

3. Man ist sich im allgemeinen darüber einig, daß die gemindert Zurechnungsfähigen, da ihre Willensschuld geringer ist, auch milder zu bestrafen seien. Dagegen herrscht Streit darüber, in welcher Weise die Strafe zu mildern sei. Gegen den Vorschlag, über die gemindert Zurechnungsfähigen Strafen von kürzerer Dauer zu verhängen, wird eingewendet, daß der gemindert Zurechnungsfähige wegen seiner geringeren Widerstandsfähigkeit gegen die Antriebe zum Verbrechen vielmehr einer länger andauernden Strafe bedürfe, wenn sie überhaupt etwas helfen solle; die Milderung soll vielmehr nur darin zum Ausdruck kommen, daß man die Strafe gegen den gemindert Zurechnungsfähigen anders wie bei den voll Zurechnungsfähigen, in einer seinem Zustand angepaßten Weise, vollstrecke.

Empfohlen wird weiter, bei den vermindert Zurechnungsfähigen ausgiebig von der bedingten Verurteilung Gebrauch zu machen; dies werde z. B. bei hysterischen Ladendiebinnen gute Dienste leisten.

4. Einer besonderen Behandlung bedürfen die jugendlichen Minderwertigen. Aus ihnen rekrutiert sich der Kern des gewerbsmäßigen Verbrechertums. Gelingt es, diese geistig minderwertigen Jugendlichen über die gefährlichen Jahre der Entwicklung hinwegzubringen und vor dem Anschluß an die Kreise der gewerbsmäßigen Verbrecher zu bewahren, so ist zu hoffen, daß sie später ordentliche Menschen werden. Man sollte sie deshalb vor dem Makel der Bestrafung bewahren und sie Anstalten zur Erziehung und Verwahrung überweisen. Der Schweizer Entwurf eines Strafgesetzbuchs läßt hier dem Richter vollständig freie Hand und bindet ihn weder an eine Strafart noch an ein Strafmaß.

5. Beim Strafvollzug sind, wie namentlich *Kahl* betont, zwei Typen von gemindert Zurechnungsfähigen zu unterscheiden, die gutart gen und die bösartigen. Die ersteren sind in der gewöhnlichen Strafanstalt zu bestrafen, wobei auf ihre Mängel möglichst Rücksicht zu nehmen ist. Die zweite wesentlich kleinere Gruppe setzt sich zusammen aus den gemeingefährlichen, bei denen Rückfall zu erwarten ist. Hierher gehören z. B. Alkoholiker, Roheits- und Sittlichkeitsverbrecher. Für sie sind, entgegen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Meinung des Strafanstaltsdirektors *Finkelnburg*, besondere Anstalten oder wenigstens besondere Annexe zu den jetzigen Strafanstalten geboten. In den gewöhnlichen Strafanstalten würde die gebotene Rücksichtnahme auf den Geisteszustand der minderwertigen gemeingefährlichen Verbrecher die Disziplin bei den übrigen Gefangenen beeinträchtigen; auch würde eine verschiedenartige Behandlung in derselben Anstalt das Vertrauen des Volkes auf Gerechtigkeit beim Strafvollzug beeinträchtigen (Fall Prinz Arenberg).

6. Die nicht gemeingefährlichen Minderwertigen (Typus I) sind nach der Entlassung entweder unter Polizeiaufsicht zu stellen, wobei die Polizei ihnen nicht hemmend, sondern fördernd und helfend zur Seite stehen soll, oder einer Familie zu überweisen, oder einem Pfleger zu unterstellen. Die gemeingefährlichen Minderwertigen, auch die Vagabunden, sind nach verbüßter Strafe in einer Anstalt so lange zu verwahren, als sie noch gemeingefährlich sind. Es empfehlen sich hierfür besondere Zentralanstalten, aber nicht die Strafanstalten; denn das Festhalten in letzteren würden die Betreffenden als unberechtigte Verlängerung ihrer Strafe empfinden. Die Entscheidung über die Dauer dieser Verwahrungshaft ist dem Entmündigungsrichter zu übertragen.

7. Es empfiehlt sich, durch ein besonderes Reichsgesetz die Frage der Behandlung der gemindert Zurechnungsfähigen zu regeln.

In der Diskussion bemerkt Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Die größere Mehrzahl der Irrenärzte und auch er selbst stehe der Berücksichtigung der geminderten Zurechnungsfähigkeit in der Strafjustiz bejahend gegenüber. Praktisch wichtig seien hauptsächlich wohl die dauernd Minderwertigen. Es gebe Fälle geminderter Zurechnungsfähigkeit, bei denen Strafe angebracht wäre, jedoch auch andere, zumal die unter Punkt 5 des Referates als bösartig bezeichneten, wo er die Strafe neben der Anstaltsbehandlung für zwecklos halte. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Arten sei allerdings schwierig und überhaupt nicht immer durchführbar. Die am Schlusse von Punkt 5 erwähnte Rücksicht auf die öffentliche Meinung könne seines Erachtens wenig maßgebend sein.

106. Sitzung vom 29. März 1906. Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Dr. *Weingarts*.

Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden bekämpft die bedingte Verurteilung (vergleiche Schlußabsatz von Punkt 3 des Dr. *Weingart*schen Referats) und hält sie als Strafmittel für deplaciert.

Geheimrat Dr. *Gelbhaar*-Dresden (als Gast) legt als seine persönliche Ansicht dar, daß in unserem Zeitalter des schroffen Andrängens nach Gesetzesreformen und der dadurch bisweilen bedingten zu raschen Entstehung neuer Gesetze auch gegenüber der geforderten Reform des Strafrechtes und des Strafvollzugs besondere Vorsicht geboten sei. Unser Strafgesetz habe eine längere Bewährung hinter sich, sei seines Erachtens nicht in





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Maße reformbedürftig, wie vielfach behauptet werde, und möchte nicht schon auf Grund von hauptsächlich theoretischen und auch noch nicht abgeschlossenen Erwägungen geändert werden. Bei Personen, die durch Elternhaus und Schule nicht hätten gebessert werden können, sei dies meist auch nicht durch den Strafvollzug, insbesondere bei den nur kurzzeitigen Strafen zu ermöglichen. Eine Theorie in dem Sinne, daß ein Strafvollzug nur für diejenigen in Anwendung kommen solle, die durch ihn gebessert werden könnten, sei für die Praxis nicht verwertbar. Ihm erscheine es richtiger, bei denjenigen, die man als minderwertig bezeichne, zu fragen, inwieweit sie nach ihrem Zustande in den Rahmen des § 51 des Strafgesetzbuchs gebracht werden könnten. Warum Strafe, wo nach Befinden vielmehr die vormundschaftliche Fürsorge oder eine Anstaltsbehandlung Platz zu greifen habe? Für andere Fälle kämen ja auch die Bestimmungen über mildernde Umstände in Betracht.

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Es gibt nach der gerichtsärztlichen Erfahrung Leute, die nicht geisteskrank, aber doch auch nicht normal sind, die dauernde Defekte auf dem Gebiete des ethischen Gemütslebens aufweisen. Bestrafung solcher schwacher Personen ist zwecklos und für sie schädlich. Man denke z. B. an Soldaten, die nach häufiger Bestrafung in Isolierhaft kommen, wo sie häufig halluzinatorisch erkranken. Mit derartigen Menschen muß in ganz anderer Weise verfahren werden: längere Internierung in besonderen Anstalten, gleichsam in Besserungsanstalten, ist hier am Platz. Die Irrenärzte wünschen diese andere Behandlung nicht aus übergroßer Humanität gegenüber dem einzelnen, sondern um der Gesellschaft zu nützen. Die Gemeingefährlichkeit kommt meist von dem bisherigen Verfahren gegen die betreffende Person, was unzweckmäßig ist. Der Kostenpunkt kann nicht ausschlaggebend sein.

Auch Dr. *Weber* spricht sich gegen die bedingte Verurteilung aus.

Hofrat Dr. *Ganser*-Dresden: Der Gedanke der geminderten Zurechnungsfähigkeit hat mehr und mehr an Boden gewonnen; der Wunsch auf ihre Beachtung beruht nicht bloß auf Theorie, sondern entspricht dem Bedürfnis der Praxis. Es gibt Menschen, deren Unterstellung unter den § 51 StGB. zu weit ginge; die Psychiater würden sich durch eine solche Subsumption in Gegensatz zu Richtern und Publikum stellen, sie brauchen den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit für gewisse Zwischenzustände im Interesse zutreffenden Urteils und sachgemäßen Strafvollzugs.

Amtsgerichtsrat Dr. *Herrmann*-Dresden (†) erachtet die bedingte Verurteilung für gewisse Fälle wegen der noch bestehenden Möglichkeit einer Strafvollstreckung als sehr zweckmäßig.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Die fortgesetzte Statistik über die Zahl der Fälle geminderter Zurechnungsfähigkeit in einer einzelnen Strafkammer habe zu folgenden Ergebnissen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geführt. In der 6. Strafkammer des Kgl. Landgerichts Dresden, die nur mit erstinstanzlichen Sachen befaßt sei, seien vorgekommen:

1900 bei 550 abgeurteilten Sachen und 646 Personen:
8 Fälle, i. e. 1,44 % der Sachen, 1,23 % der Personen;
1901 bei 540 abgeurteilten Sachen und 713 Personen:
13 Fälle, i. e. 2,38 % der Sachen, 1,82 % der Personen;
1902 bei 526 abgeurteilten Sachen und 645 Personen:
25 Fälle, i. e. 4,75 % der Sachen, 3,86 % der Personen;
1903 bei 466 abgeurteilten Sachen und 620 Personen:
9 Fälle, i. e. 1,9 % der Sachen, 1,4 % der Personen;
1904 bei 419 abgeurteilten Sachen und 491 Personen:
11 Fälle, i. e. 2,5 % der Sachen, 2,2 % der Personen.

In der 2. Strafkammer des Kgl. Landgerichts Dresden, die zugleich Berufungskammer für Übertretungen und Privatklagen sei, seien bei erstinstanzlichen Fällen vorgekommen:

1905 bei 209 abgeurteilten Sachen und 253 Personen:
8 Fälle, i. e. 3,8 % der Sachen, 3,2 % der Personen.

Bei dieser Zusammenstellung sei nicht unterschieden worden, ob es sich um einen dauernden oder nur um einen vorübergehenden Zustand geminderter Zurechnungsfähigkeit handelte. Es sei aber mit verschwindenden Ausnahmen in Analogie des § 51 StGB. nur diejenige Minderung der Willensfreiheit berücksichtigt worden, die auf einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit beruhte, wobei fast durchweg ein gerichtsärztliches Gutachten zugrunde gelegen habe. Insbesondere sei hervorzuheben, daß gelegentlicher Alkoholmißbrauch, der ohne Bewußtseinsstörungen verlaufen sei, in der vorgedachten Statistik jedenfalls immer nur dann Berücksichtigung gefunden habe, wenn er psychopathisch zu nehmen gewesen sei. Im übrigen seien alle Fälle einbezogen worden, bei denen möglicherweise die Notwendigkeit besonderer Anstaltsbehandlung irgendwie in Frage kommen konnte. In diesem Sinne sei die fortgesetzte Statistik eine vollständige.

Der voraussichtliche Umfang der angestrebten besonderen Anstaltsbehandlung für gemindert Zurechnungsfähige krankhafter Art würde also an der Hand der Erfahrungen, die bei einer einzelnen Strafkammer 6 Jahre hindurch gesammelt worden seien, ergeben, daß etwa 3 % (2,79 %) aller Sachen und etwa 2,50 % (2,45 %) aller Personen als etwaiger Durchschnitt hier in Betracht zu ziehen sein würden. Die von der forensisch-psychiatrischen Vereinigung erstrebte gesetzliche Regelung besonderer Anstaltsbehandlung sei daher nachgewiesenermaßen ebensowohl notwendig, als sie technisch durchführbar wäre. An dieser Forderung werde daher seines Erachtens de lege ferenda festgehalten werden müssen. Dagegen halte er es an der Hand der gesammelten Erfahrungen weder für notwendig noch für zweckmäßig, auf der am 30. Juni 1898 aufgestellten Forderung zu bestehen.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß in Ansehung der gemindert Zurechnungsfähigen die Strafvorschriften im § 57 Abs. 1 Ziff. 1—4 StGB. gesetzlicher Vorschrift zufolge in Anwendung gebracht werden sollen. Insbesondere dann nicht, wenn — wie doch mit Sicherheit zu erwarten sei — die Fälle absoluter Strafart und Strafmaßes im Gesetze beseitigt oder doch wesentlich eingeschränkt werden. Es sei vielmehr statt dessen anzustreben, daß die Strafbemessung überall in das richterliche Ermessen gestellt oder daß wenigstens generell und bei allen Straftaten die Annahme mildernder Umstände dem Strafrichter nachgelassen werde. *Ilberg.*

---

94. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte in der Kgl. Psychiatrischen Klinik zu Breslau am 13. März 1909.

Anwesend die Herren: *Adelt*-Lüben, *Bielschowsky*-, *Bonhoeffer*-, *Chotzen*-, *O. Foerster*-, *C. S. Freund*-Breslau, *Fuchs*-Kreuzberg, *Grau*-Lüben, *Hayn*-Beuthen, *Kahlbaum*-Görlitz, *Klieneberger*-Breslau, *Konietzny*-, *Kunze*-Rybnik, *Kutner*-Breslau, *Langer*-Brieg, *Loewenstein*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Bunzlau, *Noethe*-Breslau, *Przewodnik*-Leubus, *von Rottkay*-Freiburg, *Schlesinger*-Breslau, *Schmidt*-Obernigk, *Schröder*-Breslau, *R. Stern*-Breslau, *Schütze*-Tost, *Vix*-Breslau.

Der Vorsitzende, Herr *Bonhoeffer*, berichtet, daß Herr Geheimrat *Alter* in Leubus die ihm angetragene Ehrenmitgliedschaft des Vereins angenommen hat. Ferner gibt er von einem Dankschreiben des Herrn Oberarzt Dr. *Bresler* Kenntnis anläßlich der von dem Verein für die Möbiusstiftung geleisteten Zuwendung in Höhe von 50 Mk. Hierauf widmet der Vorsitzende dem verstorbenen früheren Mitgliede des Vereins Professor *Ebbinghaus* in Halle a. S. Worte des Gedenkens.

Vorträge.

Herr *Bonhoeffer*: „Zur Frage der exogenen Psychosen." Der Vortrag erscheint im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Diskussion. — Herr *Neisser* begrüßt die gegebene Darstellung als einen Fortschritt gegenüber den bisher üblichen Auffassungen und Schilderungen. Unerwünscht erscheint ihm die Bezeichnung „amentia" als Zustandsbild, diese bleibt besser im *Meynert*schen Sinne für bestimmte Krankheitsprozesse reserviert, gleichviel ob man deren nosologische Selbständigkeit anerkenne oder nicht. Ergänzend erwähnt er der im Verlaufe der Phthise häufig zu beobachtenden Erregungszustände. Endlich erwähnt er, daß das Greisenalter nicht durchweg die Prognose trübe; er habe mehrfach auch bei Leuten zwischen 70 und 80 Jahren funktionelle



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychosen glatt abheilen und die ihnen beigemengten senilen Ausfallserscheinungen sich völlig ausgleichen sehen.

Herr *Chotzen*: Pellotinum muriaticum als Schlafmittel.

Nachdem 1896 schon *Jolly* und *Pilcz* Versuche mit Pellotin als Schlafmittel angestellt und beide es zur weiteren Verwendung empfohlen hatten, wurde auf Veranlassung der Fabrik Böhringer und Söhne, Mannheim, neuerdings seine Wirksamkeit wieder vom Vortragenden erprobt. An bisher 50 Personen mit Schlafstörungen verschiedener Art und erregte Patienten wurden im ganzen 160 Einzeldosen abgegeben in der Höhe von 0,02 bis 0,04 subkutan, oder 0,025 bis 0,05 innerlich. Bei manchen Kranken, insbesondere ruhigen, ist die kleine Dosis schon ausreichend, bei den meisten kann nur die große als eine genügende gelten. Insgesamt hatten 38 % aller verabreichten Dosen einen guten, ebensoviele einen nur teilweisen Erfolg, 24 % blieben ohne Erfolg. Für die kleinen und großen Dosen getrennt stellten sich die Zahlen der Wirksamkeit: für die kleinen auf 33,3 % volle, 35,5 % mittlere Wirkung und 31,2 % Versager; für die großen Dosen sind die entsprechenden Zahlen 40, 39 und 21 %.

Man muß aber die schlafmachende und die beruhigende Wirkung auseinander halten. Von 22 Personen, welche das Mittel nur als Schlafmittel erhielten, hatten 15 = 68,1 % ausreichenden Schlaf, 5 = 22,8 % schliefen einige Stunden, bei 2 = 9 % versagte es. Wo es aber eine beruhigende Wirkung ausüben mußte, bei erregten Kranken, da wirkte es schlechter, auch wechselnd und unsicher. Es leistet annähernd so viel wie die besseren Schlafmittel, hatte aber doch etwas mehr Mißerfolge. Von den 28 unruhigen Kranken wirkte es gut bei 11 = 39,3 %, mäßig bei 8 = 28,5 %, nicht bei 9 = 32,2 %. Darunter waren allerdings 5 Alkoholdeliranten.

Die an die ruhigen Kranken verabreichten Dosen (zu 45 % kleine) hatten insgesamt in 47,3 % vollen Erfolg, in 33,3 % mittleren, in 19,4 % schlechten; die an die erregten gegebenen dagegen in 34,5 % guten, in 39,1 % mäßigen und 27,4 % keinen Erfolg. Das Mittel versagt bei sehr heftigen Erregungen und bei Alkoholdeliranten, obwohl es auch bei ihnen nicht immer ganz ohne Wirkung bleibt. Dennoch hat es auch in mehreren Fällen von Erregungszuständen zu Beruhigung und Schlaf verholfen, in welchen innere Mittel nicht genommen wurden. Diese Möglichkeit, es subkutan und innerlich zu geben, ist ein Vorzug des Mittels, ferner, daß es bei den meisten Menschen schneller wirkt als die übrigen, bei ruhigen oft schon nach 15 bis 20 Minuten, und weiterhin, daß es nur geringe Nebenwirkungen und keine üblen Nachwirkungen hat. Bedenkliche Nebenwirkungen sind überhaupt nicht aufgetreten. Bei vier Personen von allen, die Auskunft geben konnten, waren überhaupt Nebenwirkungen zu merken, nämlich Brausen und Schwindel vor dem Einschlafen bei zwei,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine bleierne Schwere in den Gliedern bei zwei, und zwei Frauen hatten nach dem Erwachen Kopfschmerzen, alle anderen fühlten sich danach ganz frisch und ohne jede Beeinträchtigung des Befindens. Geringe Pulsverlangsamung trat vorübergehend bei der Mehrzahl der Personen ein. Als Ersatz für Skopolamin kommt P. nur in wenigen Fällen in Frage, dagegen ist es als Schlafmittel sicherlich wirksam, und zumal zur Abwechselung mit Trional, Sulfonal und Veronal zu empfehlen. (Die Versuche werden noch fortgeführt und ausführlicher Bericht in der psych.-neurol. Wochenschrift erstattet werden.)

Herr *O. Foerster*: Die arteriosklerotische Muskelstarre.

Meine Herren! Ich möchte Ihnen über ein Krankheitsbild berichten, das wir nicht selten bei Kranken mit einer diffusen Arteriosklerose des Hirn- und Rückenmarkes antreffen.

Das hervorstechendste Symptom ist eine Muskelstarre, und zwar handelt es sich um echte spastische Muskelkontrakturen; die Bäuche sowie die Sehnen der betreffenden Muskeln fühlen sich hart an und springen oft reliefartig unter der meist des Fettpolsters entbehrenden dürren Haut stark hervor, besonders am Quadriceps, an den Kniebeugen, am Gastrocnemius, auch am Tibialis anticus, ferner an den Muskeln der oberen Extremität läßt sich dies sehr gut erkennen.

Es handelt sich, wie gesagt, um echte spastische Kontrakturen; in der tiefen Narkose sowie bei längerer *Esmarch*scher Blutleere lösen sie sich, durch Kältereize nehmen sie sehr zu usw. — und doch unterscheiden sie sich von der gewöhnlichen Form der spastischen Muskelkontraktur, welche wir bei Pyramidenbahnerkrankungen antreffen. Bei diesen letzteren ist der Widerstand meist elastisch-federnd, bei der hier in Frage stehenden Affektion gleicht er, wenigstens zu Anfang, mehr dem zähen Wachses, manchmal ist er auch federnd, so daß eine Art Clonus entsteht, der aber nur wenige und langsame Schläge zeigt. In späteren Stadien ist der Muskelwiderstand schwerer überwindlich, und wenn die Glieder lange Zeit in ihrer Stellung unbewegt gestanden haben, tritt zur spastischen Contraktur noch eine Schrumpfungscontraktur der Muskeln und Sehnen hinzu, und diese setzen ihrer Dehnung jetzt einen oft ganz unüberwindlichen Widerstand entgegen.

Was nun die Verteilung der Kontrakturen anlangt, so muß hervorgehoben werden, daß dieselbe fast immer außer an den Beinen sich auch am Rumpf (an der Wirbelsäule, am Abdomen, am Thorax), an den oberen Extremitäten, an Hals und Kopf, im Gesicht, am Kiefer und an den Augen finden.

Bezüglich der näheren Verteilung der Kontrakturen an Beinen und Armen usw. auf die einzelnen Muskelgruppen, zeigt sich zunächst eine gewisse Beziehung zu der Kontrakturstellung, welche die Glieder für ge-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wöhnlich einnehmen, und wir müssen daher auf diese Stellungen zunächst eingehen. Die Füße befinden sich in der Mehrzahl der Fälle in Equinus-, manchmal in Varo-equinus-Stellung, doch kommt auch Kontraktur in mehr oder weniger starker Dorsalflexion vor. Recht oft ist eine Art von Hohlklauenfuß, auch richtiger Pes cavus kommt vor, bei dem nur der Metatarsus und die Zehen plantarwärts flektiert sind.

Das Knie ist in den früheren Stadien meist gestreckt, in späteren Stadien mehr oder weniger hochgradig flektiert.

Die Oberschenkel sind in den früheren Stadien in annähernd gerader Verlängerung des Rumpfes und adduziert, später gebeugt und adduziert, oft auch gebeugt und nach einer Seite übergelegt, so daß der eine Oberschenkel abduziert und außenrotiert, der andere ganz adduziert und innenrotiert gelagert ist.

Die Wirbelsäule ist in allen Fällen stark kyphosiert.

Die Halswirbelsäule und der Kopf sind ebenfalls flektiert, im Liegen ist der Kopf meist etwas von der Unterlage abgehoben. Nicht selten ist er auch nach einer Seite geneigt und dabei manchmal das Gesicht nach der Gegenseite gedreht (Caput obstipum).

An den oberen Extremitäten finden sich die Finger in den früheren Stadien in Interosseusstellung (Grundphalangen gebeugt, Mittel- und Endphalangen gestreckt), der Daumen dem Zeige- und Mittelfinger opponiert. In späteren Stadien sind die Finger mehr oder weniger vollkommen in die Hohlhand eingeschlagen, oft förmlich eingekrallt, der Daumen ist dabei entweder nur adduziert oder auch adduziert und in den Phalangen flektiert. Manchmal kommen auch Überstreckungen einzelner Phalangen vor. Die Hand ist fast ausnahmlos flektiert, in späteren Stadien sehr stark flektiert, ferner proniert und ulnarwärts geneigt.

Der Vorderarm zeigt immer eine gewisse Beugung, in späteren Stadien eine sehr beträchtliche.

Der Oberarm ist entweder adduziert oder leicht abduziert, in Mittelstellung zwischen Vor- und Rückwärtsbewegung, innenrotiert.

Es zeigt sich nun, daß, wenn man in einem gegebenen Falle, bei dem also etwa der Fuß in Plantarflexion, das Knie in Streckung, der Oberschenkel in Streckung und Adduktion sich befindet, die einzelnen Muskelgruppen auf ihren Widerstand bei passiver Dehnung hin prüft, zunächst diejenigen Muskelgruppen den Hauptwiderstand zeigen, deren Insertionspunkte angenähert gewesen sind, d. i. die Plantarflexoren des Fußes, Strecker des Knies, Strecker und Adduktoren des Oberschenkels. Versucht man bei solchen Kranken das Bein in der Hüfte passiv zu beugen, so beugt sich dabei das Knie alsbald, versucht man umgekehrt den Rumpf im Hüftgelenk gegen die Beine emporzurichten, so beugen sich ebenfalls die Kniee ein, beides als Folge der Kontraktur der langen Strecker des Hüftgelenks (Semitendin., Semimembran., Bizeps). Es zeigt sich nun ferner, daß auch die anderen Muskelgruppen, die Dorsalflexoren des Fußes,


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beuger des Knies, die Beuger und Abduktoren des Oberschenkels. die Innen- und Außenrotatoren, sobald nur ihre Insertionspunkte angenähert werden und einen kurzen Augenblick angenähert gehalten werden, einen deutlichen Widerstand bei ihrer nun folgenden Dehnung erkennen lassen. Jede Muskelgruppe zeigt die Eigenschaft, sich der passiven Annäherung ihrer Insertionspunkte alsbald durch aktive Anspannung — Kontraktur — anzupassen, welche zwar bereits unmittelbar nach der Annäherung schon deutlich entwickelt ist und einer alsbald folgenden Dehnung deutlich fühlbaren Widerstand entgegensetzt, die aber mit der Dauer der Annäherung immer mehr anwächst, und dieser letztere Punkt bedingt die Differenz in dem Grade des Widerstandes der einzelnen Muskelgruppen je nach der Stellung des betreffenden Gliedes, indem immer die Muskeln, deren Insertionspunkte bereits dauernd angenähert sind, jeweils den erheblicheren Kontrakturgrad zeigen, also bei Beugestellung die Beuger, bei Streckstellung die Strecker, bei Mittelstellungen Beuger und Strecker in annähernd gleichem Grade.

An der oberen Extremität bestehen ganz analoge Verhältnisse, besonders hervorheben möchte ich nur den deutlichen Widerstand, den die langen Fingerextensoren, die Handstrecker, die Supinatoren der Hand zeigen, sobald man nur ihre Insertionspunkte für kurze Zeit angenähert hat. Ich erwähne das speziell, weil bei Pyramidenbahnerkrankungen gerade diese Muskelgruppen für gewöhnlich keine spastischen Kontrakturen zeigen; damit eine solche in ihnen auftritt, bedarf es erheblich längerer, tagelanger Annäherung ihrer Insertionspunkte. Ein prinzipieller Unterschied besteht aber zwischen den Kontrakturen bei Pyramidenbahnerkrankungen und bei der arteriosklerotischen Muskelstarre nicht. Hier wie dort liegt das Wesentliche in der unwillkürlichen Spannungsentwicklung der Muskeln bei passiver Annäherung der Insertionspunkte, welche zunimmt mit der Dauer der Annäherung. Der Unterschied liegt nur darin, daß bei der arteriosklerotischen Muskelstarre die Spannungsentwicklung fast unmittelbar mit der Annäherung auch schon entwickelt ist, bei den Pyramidenbahnerkrankungen bedarf es dazu erheblich längerer Zeit der Annäherung. Der Unterschied liegt weiter darin, daß bei Pyramidenbahnerkrankungen eine möglichst vollkommene Annäherung stattfinden muß, wenn die Kontraktur rasch auftreten soll, bei der arteriosklerotischen Starre kommt eine solche auch schon in Mittelstellungen rasch zustande. Beachtenswert sind auch die Kontrakturen am Kopf und an der Wirbelsäule. Meist besteht ein solcher Grad von Nackensteifigkeit, daß man den ganzen Körper durch Druck am Kopf nach allen Richtungen passiv bewegen und heben kann; die passive Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule stößt auf den größten Widerstand. Auch am Kiefer besteht oft hochgradige Kiefersperre. Der ganze Körper bildet tatsächlich einen mehr oder weniger steifen Klotz, der eine bestimmte Position einnimmt, aus der er nur mit größter Mühe herausgebracht werden


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann. So kann man diese Kranken aus der Rückenlage meist nur mit großer Mühe oder gar nicht in sitzende Stellung verbringen, umgekehrt aus der sitzenden Stellung ist es sehr schwer, sie wieder in horizontale Lage zurückzubringen. Beim Umdrehen von einer Seite auf die andere muß man sie wie ein starres Bündel rollen.

Mit der Tatsache, daß eine jede Muskelgruppe die Annäherung ihrer Insertionspunkte alsbald mit einer beträchtlichen unwillkürlichen Spannungsentwicklung beantwortet, also der Kontraktur verfällt, steht nun ein weiteres, für die arteriosklerotische Muskelstarre höchst charakteristisches Symptom im engsten Zusammenhange: bringt man passiv ein Glied in eine bestimmte Stellung, so verharrt es nach Aufgabe der Stütze in dieser Stellung unwillkürlich eine ganze Weile weiter, da der Muskel, dessen Insertionspunkte angenähert worden sind, alsbald in Kontraktur geraten ist und das Glied nunmehr der Schwere entgegen fixiert hält. So sehen wir, daß der Fuß, der passiv in Dorsalflexion gebracht ist, lange Zeit darin verharrt, erst langsam löst sich die Spannung der Dorsalflexoren wieder; daß der Unterschenkel, den man in Bauchlage gegen den Oberschenkel in Beugung bringt, der Schwere entgegen lange Zeit darin stehen bleibt, erst allmählich sinkt er wieder in Streckung zurück; manchmal bleibt das ganze Bein, wenn es im Hüftgelenk von der Unterlage emporgehoben wird, nunmehr eine Weile in dieser Lage stehen, und erst allmählich wieder sinkt es herunter. Am Arm sehen wir z. B., daß die Hand, die passiv in Streckstellung gebracht wird, darin der Schwere entgegen unwillkürlich stehen bleibt, daß der Vorderarm, der gegen den herabhängenden Oberarm in starke Flexion gebracht wird, darin verharrt, daß der ganze Arm, wenn er emporgehoben wird, unwillkürlich eine Weile erhoben bleibt. Auch am Kopf und Rumpf finden wir bisweilen das unwillkürliche Verharren in passiv erteilten Stellungen; so bleibt der Kopf, wenn er nach vorne, hinten oder nach einer Seite geneigt wird, lange Zeit in der betreffenden Position. Manchmal verharrt auch der ganze Oberkörper, wenn er aus der horizontalen Lagerung gegen die unteren Extremitäten passiv emporgerichtet wird, ohne bis zur vertikalen Sitzstellung zu gelangen, in dieser höchst unbequemen Lage lange Zeit und sinkt erst langsam wieder zur Unterlage zurück. Im allgemeinen tritt das unwillkürliche Verharren der Glieder in passiv erteilten Stellungen besonders dann gut in Erscheinung, wenn man das Glied mit einem gewissen Druck in die betreffende Stellung bringt und dann noch einige Augenblicke darin fixiert hält, ehe man es sich wieder selbst überläßt. Man fühlt oder sieht die unwillkürliche Anspannung der betreffenden Muskelgruppe sehr gut. Es ist ferner wünschenswert, daß die Annäherung der Insertionspunkte eine möglichst vollkommene ist, mit andern Worten, daß man das Glied möglichst in Endstellungen bringt. Doch kommt es zum unwillkürlichen Verharren auch in Intermediärstellungen, besonders,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann, wenn man das Glied etwas länger in dieser Stellung fixiert hält, ehe man es sich selbst überläßt. So wird z. B. der Unterschenkel auch in einer Mittelstellung zwischen extremer Beugung und Streckung durch unwillkürliche Quadricepsspannung der Schwere entgegen erhalten, und wenn man gleichzeitig den Oberschenkel in der Hüfte stark beugt, so bleibt das ganze Bein in Knie und Hüfte gebeugt frei in der Luft stehen.

Nicht immer finden wir das unwillkürliche Verharren der Glieder in passiv erteilten Stellungen vollkommen ausgeprägt, stets aber finden wir doch den Ansatz dazu, indem das betreffende Glied, nachdem es in eine Stellung gebracht und danach sich wieder selbst überlassen ist, nur langsam und allmählich der Schwere folgend wieder herabsinkt, während in der Norm die Glieder sofort wieder auf die Unterlage zurückfallen. Da wo die Erscheinung des unwillkürlichen Verharrens der Glieder in passiv erteilten Stellungen gut ausgeprägt ist, löst sich die Spannung der betreffenden Muskelgruppe erst sehr allmählich; nach vielen Minuten, ja manchmal erst nach ¼—½ Stunde und mehr kehrt das Glied allmählich in die Ausgangstellung zurück.

Das unwillkürliche Verharren der Glieder in passiv erteilten Stellungen zeigt große Ähnlichkeit mit der sogenannten Katalepsie; man könnte es als eine monosegmentale Katalepsie bezeichnen, die im wesentlichen nur bei Endstellungen eintritt. Doch sahen wir, daß gelegentlich auch das ganze Bein in Mittelstellungen stehen bleibt. Immerhin ist die Erscheinung von der echten Katalepsie, die eine Muskelkontraktur, die bei jeder Muskelstellung sofort gegeben ist, darstellt, zu unterscheiden. Das unwillkürliche Verharren der Glieder in Stellungen, die sie eingenommen haben, zeigt sich nicht nur bei passiver Erteilung einer Stellung, sondern auch da, wo die Glieder eine solche durch a k t i v e Muskeltätigkeit eingenommen haben. Ganz allgemein haben die Muskeln bei der arteriosklerotischen Muskelstarre die Neigung, den Kontraktionszustand, den sie angenommen haben, eine Weile über den Reiz hinaus unwillkürlich beizubehalten, mit andern Worten, es besteht ausgesprochene Tendenz zu tonischer Kontraktion. Das zeigt sich erstens bei der mechanischen Muskelerregbarkeit, jeder Schlag, der einen Muskelbauch trifft, zeigt eine deutliche idiomuskuläre Kontraktion, diese Kontraktion ist an sich etwas verlangsamt und klingt nur sehr langsam und allmählich wieder ab. Zweitens zeigt sich die Tendenz zur Perseveration bei der elektrischen Kontraktion der Muskeln. Auch hier besteht bei faradischer Reizung verlangsamter Anstieg der Kontraktion auf die volle Höhe mit verlangsamtem lokomotorischen Effekt, dann aber überdauert der Kontraktionszustand des Muskels oft viele Minuten die Dauer des Reizes, und das deplacierte Glied bleibt eine ganze Weile in der neuen Stellung stehen. Drittens zeigt sich die tonische Andauer der Kontraktion bei den Reflexbewegungen. Beim Patellarreflex erfolgt meist ein nur geringer und verlangsamter Ausschlag des Unterschenkels, die Verkürzung des Muskels


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bleibt aber bestehen, die Patella bleibt hochgezogen, und der Unterschenkel bleibt gestreckt. Analoges beobachten wir am Radiusperiost-Reflex und am Triceps brachii-Reflex. Besonders auffallend ist es am Fußsohlenreflex. Bei einem Strich über die Fußsohle erfolgt zunächst nur geringe Dorsalflexion des Fußes, geringe Beugung im Knie- und Hüftgelenk, diese Beugung bleibt aber bestehen, bei einem zweiten Strich erfolgt eine erneute weitere Zunahme der Beugestellung in allen drei Gelenken, die wieder bestehen bleibt, und so addiert sich bei jedem neuen Reiz ein neuer Grad von Beugung des Fußes, Unter- und Oberschenkels hinzu, und es bleibt dann zuletzt das Bein in allen drei Gelenken stark gebeugt in der Luft stehen. Auch bei den Affekt-Ausdrucksbewegungen finden wir die unwillkürliche Nachdauer; wenn der Kranke zum Lachen und Weinen angeregt wird, so nimmt das Gesicht nur langsam die betreffenden Züge an, dann aber hält der Lachausdruck bzw. der Weinausdruck längere Zeit an, der Affektausdruck überdauert den Affekt um ein nicht unerhebliches. Schließlich treffen wir die unwillkürliche Perseveration ganz besonders bei willkürlichen Bewegungen an. Im allgemeinen dauert jede Stellung, die der Kranke willkürlich eingenommen hat, unwillkürlich eine ganze Zeit an, und erst allmählich löst sich die unwillkürliche Anspannung der Muskeln wieder auf. So bleibt besonders der willkürlich gebeugte Fuß lange Zeit in Dorsalflexion, das willkürlich gebeugte Bein bleibt in Beugestellung, die Faust, die der Kranke willkürlich geschlossen, bleibt geschlossen, die Zunge, die der Kranke willkürlich gezeigt hat, bleibt unwillkürlich vorgestreckt, die Augen, die der Kranke z. B. nach rechts bewegt hat, bleiben unwillkürlich zur Seite gewandt. In der Norm kehren bei all diesen unwillkürlichen Bewegungen, wenn nicht expreß verlangt wird, daß die betreffende Stellung willkürlich innegehalten werden solle, die Glieder alsbald wieder in die Ausgangstellung zurück; bei der arteriosklerotischen Muskelstarre ist es sehr interessant zu verfolgen, wie bei einer Reihe im Anschluß aneinander ausgeführter Aufträge, wie der vorhin genannten, jedes Glied unwillkürlich stehen bleibt, während bereits der folgende, nächstfolgende, ja letzte Auftrag ausgeführt wird.

Wir haben nunmehr den Ablauf der willkürlichen Bewegungen selbst näher ins Auge zu fassen. In den typischen Fällen von arteriosklerotischer Muskelstarre liegt die Hauptstörung in dem spastischen Widerstand, den die antagonistische Muskelgruppe bei jeder willkürlichen Bewegung entfaltet, daher ist jede willkürliche Bewegung erschwert, verlangsamt, durch Saccaden unterbrochen und ihre Exkursionsbreite oft verkleinert. Schnelle Bewegungen können überhaupt nicht ausgeführt werden. Diese Erschwerung und Verlangsamung der Bewegungen zeigt sich besonders bei den zusammengesetzten praktischen Verrichtungen der Glieder; so wird beim Gange das Schwungbein im Fuß und Knie nur sehr wenig oder gar nicht gebeugt, in der Hüfte nur langsam und wenig


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorgeführt; will sich der Kranke aus stehender Stellung hinsetzen, so führt er dies nur sehr langsam aus und gerät manchmal mitten in der Bewegung ins Stocken. Will der Kranke ein Glas ergreifen, so wird der Arm nur langsam vorgeführt, langsam legen sich die Finger um das Glas, langsam wird es zum Munde geführt. Noch erschwerter ist das Knöpfen, das Schreiben usw.; die Schrift gelingt, wenn überhaupt, nur mit ganz kleinen Buchstaben. Bei der Schriftführung ist der Widerstand gegen eine freie Bewegungsexkursion das fundamentalste Symptom. Das Kauen erfolgt sehr langsam, die Sprache ist meist leise und verwaschen, besonders Explosivlaute gelingen gar nicht, auch wieder aus mangelnder Fähigkeit, rasch eine Erschlaffung bestimmter vorher angespannter Muskelfasern eintreten zu lassen.

Das normale Spiel der Blickbewegungen ist meist ganz aufgehoben, ebenso die Mimik; die Gesichtszüge sind maskenartig starr, unbelebt, Affektausdrücke (Lachen, Weinen) kommen nur langsam zustande.

Während in einem Teil der Fälle die willkürliche Beweglichkeit durch die spastische Kontraktur der Antagonisten nur gehemmt und verlangsamt ist, besteht in einer Reihe von Fällen ein schwererer Grad von Störung, indem zunächst die Glieder willkürlich nicht bewegt werden können, also etwa das in Streckkontraktur befindliche Bein nicht eine Spur gebeugt werden kann. Man denkt zunächst an eine Lähmung der Beuger, wenn man aber passiv die Streckstellung langsam überwindet und das Bein in Beugung bringt und dem Kranken aufträgt, es willkürlich gebeugt zu halten, so ist man erstaunt, wie kräftig die Beuger jetzt innerviert werden können, und wie sie selbst gegen den größten Widerstand die Beugung aufrecht erhalten. Jetzt ist nunmehr umgekehrt die Streckung des Beins unmöglich, und trotzdem wird das Bein, wenn es passiv wieder in Streckung gebracht ist, willkürlich mit der größten Kraft gestreckt gehalten. So sehen wir auch, daß das ganze Bein, das willkürlich zunächst nicht eine Spur von der Unterlage erhoben werden kann, willkürlich ohne Mühe erhoben gehalten wird, nachdem es passiv in diese Stellung gebracht ist. Am ehesten erzielt man noch eine gewisse willkürliche Beweglichkeit der Glieder, wenn man die Bewegung einige Male passiv ausführt und nun alsbald den Kranken die Bewegung willkürlich anschließen läßt. Am Arm besteht in ganz analoger Weise dieser Gegensatz zwischen Unfähigkeit zu willkürlichen Bewegungen und der großen Kraftentfaltung bei willkürlicher Innehaltung einer Stellung. An dieser eigentümlichen Behinderung der willkürlichen Beweglichkeit ist also nicht eine Aufhebung der willkürlichen Innervierbarkeit der Muskeln schuld, sondern der Kontrakturzustand der Antagonisten, der erstens rein mechanisch die Bewegung im Gegensinne behindert, zweitens aber reflektorisch die willkürliche Innervierbarkeit der Gegengruppe so lange aufhebt, als die Kontraktur besteht, und diese Innervierbarkeit freigibt, sobald die Kontraktur beseitigt ist.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dann gibt es aber auch noch Fälle, wo doch die willkürliche Innervierbarkeit der Muskeln unter allen Umständen gelitten hat; es kann also das Bein willkürlich nicht gebeugt werden, aber auch wenn es passiv gebeugt ist, kann es nur mit schwacher Kraft gebeugt gehalten werden. In diesen Fällen, wo also eine direkte Einbuße an grober Kraft der Muskeln besteht, ist diese Einbuße immer auf antagonistisch wirkende Muskeln eines Gliedteiles gleichmäßig verteilt, also auf die Plantarflexoren ebenso wie die Dorsalflexoren, Strecker des Knies ebenso wie Beuger des Knies usw., Beuger der Finger ebenso wie Strecker derselben.

Wie oben schon erwähnt, besteht bei jeder willkürlichen Bewegung die Tendenz zur unwillkürlichen Fortdauer der eingenommenen Stellung, indem die willkürlich verkürzte Muskelgruppe durch die Annäherung ihrer Insertionspunkte in Kontraktur gerät und das Glied fixiert. Dieses Moment schiebt sich besonders dadurch sehr störend in den Ablauf der Bewegungen ein, als dieses unwillkürliche Verharren der Glieder willkürlich nur langsam oder oft gar nicht wieder aufgegeben werden kann; so erwähnte ich schon, daß das willkürlich gebeugte Bein infolge der sofort folgenden Kontraktur der Beuger nicht wieder ausgestreckt werden kann, erst langsam löst sich die Anspannung der Beugemuskeln wieder; die willkürlich geschlossene Faust kann nicht gleich wieder geöffnet werden, der Kranke der vom Stuhl aufgestanden ist, kann sich nicht gleich wieder hinsetzen. Beim Knöpfen, wo doch in der Norm Hand und Finger rasch eine Reihe verschiedener Stellungen durchlaufen müssen, kann man manchmal das unwillkürliche Verharren der Glieder in den einzelnen Stellungen genau verfolgen, es vergehen viele Sekunden, ehe die erste Stellung nachläßt, und die zweite folgt, und so fort, so daß die Durchführung des ganzen Aktes lange Zeit erfordert.

Infolge des unmittelbaren Eintritts der Kontraktur in einer willkürlich verkürzten Muskelgruppe ist es unmöglich, gegenteilige Bewegungen rasch hintereinander auszuführen, und infolgedessen auch unmöglich, ein und dieselben Bewegungen rasch mehrere Male hintereinander auszuführen. Es besteht also das von *Babinsky* sogenannte Symptom der Adiadokokinese, das nach *B.* für Kleinhirnerkrankungen charakteristisch sein soll, in unseren Fällen exquisit. Ich erwähne das besonders deshalb, weil in den Fällen *Babinskis* die Adiadokokinese gepaart war mit kataleptischem Verhalten der Glieder, und das legt mir die Vermutung nahe, daß in *B.*s Fällen die Adiadokokinese durch den alsbaldigen Eintritt von Kontraktur in den verkürzten Muskelgruppen bedingt gewesen ist. Ich glaube nicht, daß die Adiadokokinese aus einer Erkrankung des Zerebellum selbst entspringt.

Ein kurzes Wort über den Ablauf der Lokomotionsbewegungen bei der arteriosklerotischen Muskelstarre. Zunächst ist das Aufsetzen aus liegender Stellung immer äußerst mühsam, meist unmöglich. Der Hauptwiderstand liegt in der Kontraktur der Strecker zwischen Becken und



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberschenkel, die der Kranke nicht überwinden kann. Meist beugen sich bei dem Versuche dazu die Beine in Knie und Hüfte ein. Das freie Sitzen auf einem Stuhl ist auch meist kaum möglich; bei angelehntem Rücken gelingt es, immer ist der Rücken dabei stark kyphosiert. Soll der Kranke, nachdem er gesessen hat, sich wieder hinlegen, so ist jetzt die entwickelte Kontraktur der Beuger des Knies und Hüftgelenks ein schweres Hindernis, das der Kranke nicht überwindet, der Oberkörper sinkt zurück, ihm folgen, in Beugung bleibend, die Beine und es müssen mit großer Anstrengung von fremder Seite die Beine gerade gerichtet werden. Ganz Analoges beobachten wir beim Aufstehen und Hinsetzen auf einen Stuhl. Das Aufstehen ist nur anfangs mühsam möglich, später gelingt es nicht mehr, trotz noch recht respektabler Kraft der Strecker. Ist der Kranke aufgestanden, so fällt ihm jetzt das Hinsetzen ebenso schwer, er kann die Kontraktur der Strecker nicht lösen, in schweren Fällen ist fremde Hilfe dazu erforderlich. Das Stehen ist in den leichteren Fällen möglich. Die Haltung ist steif, und besonders der Rumpf ist zusammengekrümmt. Das Gleichgewicht ist kein sehr festes. In schwereren Fällen ist das Stehen unmöglich, der Körper fällt sofort wie ein starres Ganzes um. Das Gehen ist anfangs möglich, die Schritte sind aber klein, das Knie wird kaum oder gar nicht gebeugt, sehr oft wird ein Bein nur etwas vorgesetzt und das andere nur nachgezogen. Der ganze Rumpf, die Arme, der Kopf bilden beim Gehen ein starres Ganzes, lassen völlig ihr Bewegungsspiel vermissen. In schwereren Fällen ist der Gang ganz unmöglich.

Die geschilderte Steifigkeit der Muskeln und die Erschwerung bzw. Aufhebung der willkürlichen Beweglichkeit betrifft in den gewöhnlichen Fällen den ganzen Körper (allgemeine Starre), aber sie kommt auch hemiplegisch vor (hemiplegische Starre); gar nicht selten ist eine Seite viel stärker betroffen als die andere. Ferner sind öfters beide Beine erheblich stärker als die Arme betroffen, man könnte in solchen Fällen von paraplegischer Starre reden. Meist entwickelt sich die Starre langsam und nimmt allmählig mehr und mehr zu. Doch kommt sie auch bisweilen ganz plötzlich zur Entwicklung und zwar unter den Erscheinungen eines leichten apoplektischen Insultes, es versagen plötzlich Arm und Bein einer Körperhälfte ganz, es besteht einige Stunden oder auch einen Tag eine schlaffe Lähmung dieser Körperhälfte, welche sich rasch in eine halbseitige Starre umwandelt. Solche hemiplegisch-apoplektiforme Attacken können sich öfters wiederholen, nach jeder Attacke ist die Zunahme der Starre eine beträchtliche.

Die Muskelstarre und die aus ihr entspringende Erschwerung der Beweglichkeit ist das eigentliche Symptom der in Frage stehenden Affektion. Dazu gesellen sich aber fast immer noch eine ganze Anzahl von Symptomen, die aber nur die Bedeutung von beigeordneten Symptomen haben.

Was die Reflexe anlangt, so fehlte der Achillesreflex in fast allen meinen Fällen, der Patellarreflex ist meist positiv, nicht gesteigert, in



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

späteren Stadien der Krankheit erlischt er bisweilen. *Babinski* ist in der Regel negativ, doch kommt bisweilen auch positiver *Babinski* vor. Die Bauchdeckenreflexe fehlen fast immer, die Reflexe der oberen Extremitäten sind meist nicht gestört. Die Pupillen sind öfters ungleich, zeigen Lichtträgheit oder reflektorische Starre.

Die Sensibilität ist in allen unsern Fällen in objektiver Beziehung intakt gewesen, doch bestehen öfters Klagen über Brennen und andere Parästhesien in den Beinen.

Die Blase zeigt sehr oft Störungen anfangs in Form häufigen Harndrangs, später besteht Detrusorschwäche und leichte Inkontinenz, in schweren Fällen ausgesprochene Inkontinenz. Dabei besteht oft auch Incontinentia alvi.

In allen Fällen bestehen psychische Störungen, und zwar kommen hier so ziemlich alle Störungen zur Beobachtung, die wir bei der arteriosklerotischen Hirnatrophie auch sonst antreffen. Anfangs besteht in manchen Fällen labile Gemütsstimmung mit großer Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, in anderen Fällen ausgesprochene depressive Affektlage mit starken ängstlichen Verstimmungen und entsprechenden Erklärungswahnideen, nicht selten unterbrochen durch plötzliche paranoide Anwandlungen mit Beeinträchtigungsideen, Beziehungswahn, Verfolgungswahn usw.; wieder in anderen Fällen steht die paranoide Affektlage und Wahnbildung im Vordergrund, dazwischen finden sich unvermittelte depressive Anwandlungen. Später wird der Affekt mehr stumpf, die Intelligenzschwäche tritt stärker hervor, die Merkfähigkeit läßt sehr nach, die Aufmerksamkeit erlahmt sehr rasch, die Interesselosigkeit nimmt zu. So entwickelt sich mehr und mehr das Bild der arteriosklerotischen Demenz, eine Zeitlang ist der amnestische Symptomenkomplex mehr oder weniger rein ausgebildet (Desorientierung, Konfabulation, Verlust der Merkfähigkeit, partieller Verlust des Gedächtnismaterials), später kommt es, wenn die Affektion lange genug besteht, zur totalen Verblödung mit starker nächtlicher deliranter Unruhe usw. Somnolente Zustände oder gar komatöse Zustände kommen höchst selten vor.

Die Krankheit nimmt stets einen chronischen Verlauf, der Tod erfolgt fast immer durch Bronchopneumonie.

Bei der Sektion habe ich in allen einschlägigen Fällen eine diffuse Arteriosklerose des Zentralnervensystems festgestellt. Makroskopisch sichtbare Erweichungsherde können vorkommen, finden sich aber in der Mehrzahl der Fälle nicht. Da keineswegs alle Fälle mit diffuser Arteriosklerose des Hirns und Rückenmarks auch das geschilderte Bild der Starre bieten, so ist es wohl sicher, daß deren Vorhandensein an die Erkrankung einer bestimmten Stelle des Zentralnervensystems gebunden ist. Welche Lokalität dies aber ist, ist sehr schwer zu ermitteln, speziell wegen der diffusen Ausbreitung des Gefäßprozesses und der aus ihnen entspringenden Degenerationen über das Gehirn und Rückenmark. Für wahr-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheinlich halte ich es aber, daß die Erkrankung der mittleren Kleinhirnarme die Starre hervorruft. In zwei Fällen wenigstens habe ich deutliche Erweichungsherde in diesen angetroffen; in dem einen Fall bestand die Starre seit mehreren Jahren und war schubweise unter apoplektiformen Attacken immer schwerer geworden, diese Attaken betrafen immer die rechte Körperhälfte, und bei der Sektion fand sich eine Reihe älterer und frischerer Erweichungsherde im Bereich des linken Kleinhirnbrückenarms; auch im rechten Brückenarm zahlreiche stecknadelkopfgroße lakunäre Herde.

Im zweiten Falle, wo auch ausgesprochene Starre bestand, fanden sich ältere ineinanderfließende Erweichungsherde in beiden Brückenarmen. Die genauere Untersuchung meines Materials ist noch nicht vorgenommen, speziell die Untersuchung gefärbter Schnitte der Brückenarme steht noch aus. Eines scheint mir sicher, daß die Starre nichts mit einer Pyramidenbahnerkrankung zu tun hat. Ich kann hier nicht näher auf die Deutung des Symptomenbildes der Starre aus der Erkrankung der cortico-cerebellaren Leitungsbahn eingehen.

Die übrigen, nebengeordneten Symptome hängen mit der diffusen Ausbreitung des arteriosklerotischen Prozesses über die verschiedenen Abschnitte des Gehirns und Rückenmarks zusammen. So hängt das Fehlen des Achillesreflexes, die Blasenstörungen, das eventuelle Fehlen des Patellarreflexes von dem Vorhandensein arteriosklerotischer Degenerationen im Bereiche des Lumbosakralmarkes ab, der gelegentliche Babinski deutet auf eine gelegentliche Beteiligung der Seitenstränge hin, die psychischen Störungen auf die Beteiligung der Hirnrinde, und so kann an sich durch Beteiligung jeder beliebigen Stelle des Gehirns oder Rückenmarkes dieses oder jenes Symptom auftreten.

Ich möchte meine Betrachtung nicht schließen, ohne auf die große Analogie hinzuweisen, die zwischen dem Symptomenbild der Muskelstarre an sich und der Starre bei der Paralysis agitans besteht. Diese Analogie wird noch größer, wenn man einerseits an die Fälle von Paralysis agitans sine agitatione denkt; andererseits ist auch noch nachträglich hervorzuheben, daß bei der arteriosklerotischen Muskelstarre Zittern vorkommt. Die Art der spastischen Muskelkontrakturen, das Verharren der Glieder in passiv erteilten Stellungen, die tonische Perseveration der Kontraktur bei der elektrischen Reizung, bei Reflexen (Fußsohlenreflexe), die Erschwerung der willkürlichen Bewegungen findet sich in fast genau derselben Form bei der Paralysis agitans. Die Unterscheidung wird geliefert meines Erachtens erstens durch die viel schwereren Endbilder, die schwerste Kontrakturierung der Glieder mit totaler Unbeweglichkeit zeigen, vor allem aber durch die Beiordnung der zahlreichen anderen Symptome, die aus der diffusen Arteriosklerose des Hirns und Rückenmarks erwachsen. Es ist mir wahrscheinlich, daß auch der Paralysis agitans die Erkrankung desselben Fasersystems zugrunde liegt wie der arteriosklero-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tischen Starre, aber ohne gleichzeitige wesentliche Erkrankung anderer Abschnitte des Nervensystems.

Mangels bisheriger sicherer anatomischer Grundlagen, möchte ich das hier geschilderte Krankheitsbild vorläufig als arteriosklerotische Muskelstarre bezeichnen.

Diskussion. — *Ludwig Mann* bemerkt, daß die vom Vortr. geschilderten motorischen Erscheinungen der arteriosklerotischen Muskelstarre (auch die bisweilen beobachtete träge faradische Kontraktionsform) durchaus denen der Paralysis agitans gleichen. Ohne etwa die beschriebenen Fälle der Paralysis agitans zurechnen zu wollen, bittet er den Herrn Vortr. näher auseinanderzusetzen, ob und durch welche Eigentümlichkeiten, in Hinsicht auf die Motilität, diese Fälle von der Paralysis agitans unterscheidbar sind.

Herr *Bonhoeffer*: Ich glaube, daß ich ähnliche Bilder, wie sie Herr *Foerster* schildert, bei verschiedenartigen Hirnprozessen, insbesondere allerdings bei arteriosklerotischer Encephalomalacie gesehen habe. Es sind Fälle, die zweifellos stark an Paralysis agitans erinnern. In keinem der Fälle, die ich gesehen habe, fehlte ein hochgradiger Blödsinn, und das unterscheidet sie auch von der Paralysis agitans. Der Muskelwiderstand, der sich findet, erscheint mir in manchen Fällen lediglich als eine Steigerung der bei Dementen nicht seltenen Eigentümlichkeit, bei passiven Bewegungsversuchen unwillkürlich Gegeninnervationen zu erteilen, anstatt zu entspannen. Eigentliche wächserne Biegsamkeit ist mir nicht aufgefallen.

Herr *Foerster* hat die Lokalisationsfrage berührt. Ich darf dabei daran erinnern, daß *Wernicke* gerade für die Motilitätsstörung der Paralysis agitans das Cerebellum, und zwar speziell die Kleinhirnbrückenbahn, in Anspruch nahm. Diese Annahme, die er in der Vorlesung stets zum Ausdruck brachte, gründete sich auf nicht publizierte Beobachtungen. Ich kann in diesem Zusammenhang einen Fall erwähnen, der wohl in die von Herrn *Foerster* besprochene Kategorie gehört, den ich auch anatomisch untersucht habe. Es handelte sich um einen Kranken mit Hirn-Arteriosklerose, bei dem ein starker, meist dem Pyramidentypus zugehöriger Muskelwiderstand und eine eigenartige statische Ataxie vorlag. Der Kranke konnte nur in einer ganz bestimmten Stellung stehen und sich fortbewegen.

Die Obduktion bot als wesentlichsten Befund eine Schrumpfungsatrophie des rechten Stirnhirns und der gleichseitigen Kleinhirnhälfte als Folge encephalomalacischer Herde in den entsprechenden Hirnteilen. Dieser Befund wird entsprechend den anatomischen kontralateralen Beziehungen von Kleinhirn und Stirnhirn tatsächlich einer doppelseitigen Schädigung der Kleinhirnbrückenbahn entsprochen haben. Der Deutung der anatomischen Befunde steht, wie Herr *Foerster* mit Recht hervorhebt, entgegen, daß es sich meist um multiple Herde handelt.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch in dem eben berührten Falle habe ich aus diesem Grunde von einer Bekanntgabe abgesehen, bis weitere Beobachtungen sichere Schlüsse erlauben.

Herr *Foerster*: Die Art des Widerstandes der Muskeln hat doch besonders in der ersten Zeit eine auffallende Ähnlichkeit mit der zähen Wachses. Später allerdings wird der Widerstand erheblich fester und kann. wie gesagt, unüberwindlich werden. Mit den Muskelkontrakturen, die wir bei der Paralyse öfters antreffen — abgesehen von denen, welche auf einer direkten Erkrankung der Pyramidenbahn beruhen —, möchte ich die von mir geschilderten Erscheinungen nicht ohne weiteres identifizieren. wenigstens scheint wir, daß es sich bei einem Teil dieser Fälle von Paralyse um Reizkontrakturen handelt, ich gebe aber ohne weiteres die Möglichkeit zu, daß bei der Paralyse auch ganz analoge Erscheinungen wie bei der arteriosklerotischen Hirnatrophie vorkommen. Ich habe nur ein einziges Mal allerdings bei der Autopsie außer der Arteriosklerose noch einen Ponstumor gefunden, der möglicherweise an der Muskelstarre mit schuld war, da er auf den Brückenarm drückte. Was die Frage der Sensibilität angeht, so habe ich dieselbe doch in der Mehrzahl meiner Fälle recht gut untersuchen können, gebe aber zu, daß ich feinere Methoden wie Lokalisationsvermögen, Tasterzirkel usw. nicht zur Anwendung gebracht habe. Was die Deutung der Adiadokokinese anlangt, so weiß ich allerdings nicht, ob *Babinski* die Ursache derselben in dem Auftreten von Muskelkontrakturen bei Annäherung der Insertionspunkte erblickt, aber ich glaube doch, daß dies der Grund auch in den *Babinski*schen Fällen gewesen ist, da in diesen auch das Symptom der Katalepsie der Glieder bestand. Übrigens glaube ich, daß die Adiadokokinese mit dem Kleinhirn gar nichts zu tun hat, sondern nur durch eine Beteiligung der Brückenarme erklärt werden kann, falls nicht überhaupt eine Verwechslung mit ähnlichen Zuständen, die während der leichten Benommenheit bei Hirntumoren vorkommen, vorliegt (Pseudoflexibilitas, Pseudokatalepsie, verlangsamte motorische Reaktion bei Aufträgen).

Was Herrn *Manns* Ansicht betrifft, so bemerke ich, daß ich bereits früher auf die enge Verwandtschaft, welche zwischen Paralysis agitans und arteriosklerotischer Muskelstarre, soweit die Symptome der Motilität in Frage kommen, besteht, eingehend aufmerksam gemacht habe. Der Unterschied liegt aber in den akzidentellen Symptomen, die bei ersterer so gut wie nie, bei letzterer stets dazu kommen.

Herr *Klieneberger*: Über isolierte Gehörstäuschungen.

Das Zustandekommen von Sinnestäuschungen kann durch periphere Einwirkungen begünstigt werden. Die peripheren Reize stellen indessen nicht das wesentliche Moment dar, vielmehr ist dieses in zentralen Störungen, in einer gesteigerten Erregung der Sinneszentren zu suchen. Diese Überempfindlichkeit kann eine allgemeine sein wie im Delirium


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tremens, sie kann sich aber auch auf nur ein Sinnesgebiet erstrecken und dann eventuell zu isolierten Sinnestäuschungen führen. Isolierte Sinnestäuschungen gehen meist mit Krankheitseinsicht einher. Relativ am häufigsten finden sich isolierte Gehörstäuschungen. Sie entwickeln sich meist allmählich aus Akoasmen zu Phonemen und zeigen in der Regel eine gewisse Einförmigkeit. Eigentlich psychotische Störungen stellen sie nicht dar. Ihre Prognose ist günstig. Ätiologisch kommt in der Mehrzahl der Fälle wohl ein arteriosklerotischer Prozeß in Frage.

Demonstration zweier Kranken, die beide an Gehörstäuschungen leiden. Bei der einen, einer sonst gesunden 52jährigen Frau, handelt es sich um Gehörstäuschungen, die alle Kriterien isolierter Sinnestäuschungen tragen, bei der anderen handelt es sich um Residuärerscheinungen einer mit Defekt geheilten katatonischen Psychose. Erörterung der Differentialdiagnose.

Diskussion. — Herr *Foerster*: Bei der Arteriosklerose des Gehirns kommen isolierte Gehörsparästhesien nicht so selten vor, dieselben werden meist als Klingen, Sausen, Pfeifen usw. empfunden. Richtige Gehörshalluzinationen scheinen besonders dann einzutreten, wenn neben Hirnarteriosklerose eine mehr oder weniger komplete Taubheit besteht. So behandele ich eine ältere Dame seit mehreren Jahren mit deutlichen Symptomen der Hirnarteriosklerose (Schlaflosigkeit, Stimmungswechsel, große Reizbarkeit, Beeinträchtigungsideen, angstvolle Verstimmung, Vergeßlichkeit usw.) und zugleich fast totaler Taubheit; hier bestehen fast fortwährend Gehörsparästhesien und Halluzinationen, sie hört Rufen, Gesänge, Melodien, Vogelgesang usw. Ein anderer Fall ist noch demonstrativer; er betrifft einen Herrn von 73 Jahren mit ausgesprochener Hirnarteriosklerose, starker Herabsetzung des Gehörs und häufigen starken Gehörshalluzinationen (Namenrufen, Gesang, Vogelgezwitscher, Glockenläuten). Er ist aber auch durch doppelseitige Ablatio retinae total blind und hat fortwährende Gesichtshalluzinationen, er sieht ganze Züge vorbeikommen, Gestalten huschen, sieht italienische Landschaften, Säulen usw. Es scheint, daß der durch die Arteriosklerose gesetzte Reizzustand in den Sinnessphären des Gehirns bei mangelnder Korrektur durch das zugehörige periphere Sinnesorgan besonders leicht zur Halluzination führt.

Herr *Bonhoeffer*: Ich glaube, daß es kein Zufall ist, daß man die Gehörstäuschungen als wirklich isolierte Erscheinung bei sonstiger geistiger Gesundheit und ohne Befund am Hörorgan vor allem in den älteren Lebensaltern findet. Es spricht dies doch dafür, daß vielleicht arteriosklerotische Vorgänge im Spiele sind. Einzelne Kranke, die mir begegnet sind, schilderten ein periodisches Auftreten solcher Gehörstäuschungen. Wenn ich recht weiß, so hat bei Luther ein derartiges, allerdings nur auf Akoasmen beschränktes periodisches Auftreten von Gehörstäuschungen bestanden.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr *Kramer* a): Demonstration zur Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Tabes.

Während die Diagnose fortgeschrittener und ausgeprägter Syringomyeliefälle meist eine leichte und sichere ist, kann es bei inzipienten Fällen oft recht schwierig sein, sie von anderen spinalen Leiden sicher zu trennen. Es kommen hier vor allem die spinale progressive Muskelatrophie, die amyotrophische Lateralsklerose, die multiple Sklerose und die Tabes in Betracht. Es ist insbesondere eine Gruppe von Syringomyeliefällen, bei denen die Differentialdiagnose gegen die Tabes sehr schwer sein kann, nämlich diejenigen, bei denen trophische Veränderungen an den Knochen und Gelenken (Arthropathien, Spontanfrakturen) frühzeitig auftreten. Die Fälle haben auch die äußere Eigenschaft gemeinsam, daß sie fast immer auf dem Umwege über den Chirurgen zum Neurologen gelangen, da eben nur die Veränderung am Knochengerüst die Aufmerksamkeit des Kranken auf das Leiden lenkt. Erst die besonderen Umstände der lokalen Affektion (Schmerzlosigkeit der Gelenkveränderung, spontanes Eintreten der Fraktur u. a.) erwecken dann bei dem Chirurgen den Verdacht eines Nervenleidens. Symptome von seiten des Nervensystems können zu dieser Zeit sehr spärlich sein. So sahen wir einen Fall, in welchem außer einer schweren Arthropathie des Schultergelenks nur noch Pupillendifferenz und einseitiger Babinskischer Reflex bestand. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Syringomyelie wurde ein Jahr später durch die hinzugekommene dissoziierte Sensibilitätsstörung mit radikulären Grenzen bestätigt. Finden sich außer der Veränderung am Knochengerüst nur Hinterstrangsymptome, dann ist die Differentialdiagnose gegenüber der Tabes nur schwer zu stellen. Einen brauchbaren Hinweis liefert dann häufig das Ergebnis der Spinalpunktion. Das Fehlen der Lymphozytose macht das Bestehen der Syringomyelie wahrscheinlicher. Die beiden demonstrierten Fälle sind charakteristische Beispiele für dieses Verhalten:

a) Karl B., 48 Jahre. Luische Infektion negiert. In den letzten Jahren öfters Ohnmachtanfälle. September 1908 stürzte Pat. in einem solchen Anfalle hin und zog sich dabei eine linksseitige Schenkelhalsfraktur zu. Linkes Hüftgelenk stark verdickt, auffallend schmerzlos. Leichte gibböse Verbiegung der unteren Brustwirbelsäule. Pupillen reagieren. Hirnnerven intakt. Arme ohne pathologischen Befund. Leichter Romberg. Beine hypotonisch (l. > r). Rechter Patellarreflex fehlt; linker mit Jendrassik schwach vorhanden. Der Achillessehnenreflex fehlt beiderseits. Abstumpfung der Sensibilität an der Außenseite des linken Oberschenkels. Keine Lymphozytose in der Spinalflüssigkeit. Wassermannsche Luesreaktion negativ.

b) Ferdinand G., 41 Jahre. Vom November 1907 bis April 1908 mal perforant am rechten Fuß, das nur allmählich heilte; gleichzeitig



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 · Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

öfters ruckartige Schmerzen im Bein. Seit Dezember 1908 Anschwellung des linken Fußes; keine Schmerzen darin.

Linkes Fußgelenk stark angeschwollen und deformiert; weder bei Druck noch bei Bewegungen Schmerzen darin. Die Zehen werden links etwas schlechter bewegt als rechts. Die elektrische Erregbarkeit ist in den Interossien des linken Fußes gegenüber rechts herabgesetzt. Die Schmerz- und Temperaturempfindung ist herabgesetzt in einer gürtelförmigen Zone am Thorax, sowie an beiden Füßen und Unterschenkeln (Lumbalis V und Sakralis I). Die Bewegungsempfindung ist nur in der rechten großen Zehe gestört; sie ist in dem deformierten Fußgelenk ganz normal. Pupillenreaktion ist ungestört. Die Sehnenreflexe sind sämtlich vorhanden. Es findet sich keine Lymphozytose in der Spinalflüssigkeit.

Herr *Kramer* b): Demonstration eines Falles von Chorea paralytica.

Elisabeth Z., 6 Jahr. Vom August 1908 bis Januar 1909 Keuchhusten. Ende Januar stellten sich leichte choreatische Bewegungen ein. Anfang Februar wurde das Kind allmählich immer schwächer, konnte nicht mehr stehen und gehen, wurde stiller und gleichgültiger. Seit dem 2. März in der Klinik.

Pat. liegt ganz ruhig da ohne spontanen Bewegungsantrieb; bewegt sich von selbst fast gar nicht, spricht nicht. Nur selten sind leichte choreatische Bewegungen im Gesicht oder den Fingern zu bemerken. Auf Aufforderung kommen Bewegungen der Hände und Unterarme zustande; sie sind jedoch sehr ataktisch, ausfahrend; gleichzeitig erfolgen Mitbewegungen symmetrischer Art an der anderen Hand, sowie im Gesicht. Bewegungen im Schultergelenk sind rechts ganz aufgehoben und gelingen links nur selten und in geringem Umfange. An den Beinen ist die Bewegungsstörung die gleiche; auch hier sind die Bewegungen im Hüftgelenk vor allem geschädigt. Die Kraft der möglichen Bewegungen ist sehr gering; auch nicht vorübergehend wird eine leidliche Kraftleistung beobachtet. Pat. kann nicht sitzen, nicht stehen und nicht gehen. Sie sinkt bei einem derartigen Versuche ganz in sich zusammen. Beim Sitzen fällt der Kopf nach vorn oder hinten der Schwere folgend herunter; der Rücken wird stark gekrümmt. Bei Stehversuchen knicken die Knie- und Hüftgelenke sofort ein. Die passive Beweglichkeit ist in allen Gelenken sehr erhöht; die passiv erhobenen Glieder fallen in ganz schlaffer Weise herunter. Die Augenbewegungen sind ungestört; Gesichts- und Zungenbewegungen sind ataktisch; die herausgestreckte Zunge wird gleich wieder zurückgeholt. Es erfolgen öfters unwillkürliche tiefe Inspirationen. Die Sehnenreflexe sind sämtlich vorhanden. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe zeigen deutlich tonische Nachdauer. Die elektrische Erregbarkeit ist normal. Die Sensibilität ist ungestört. Psychisch fällt die Gleichgültigkeit und Indolenz des Kindes auf. Es läßt alles mit


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich geschehen ohne Affektäußerung. Es liegt teilnahmlos da, äußert keine Wünsche. Auf Fragen antwortet es meist nur mit Kopfnicken und -schütteln, es spricht nur selten einzelne Worte mit leiser Stimme.

Dr. *Neißer.*

VII. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 1. und 2. Juni 1909.

1. Sitzungstag: Dienstag, den 1. Juni 1909.

Die Sitzung findet in dem Hörsaal der psychiatrischen Klinik statt. Den Vorsitz führen: *Vocke*-Eglfing und *Alzheimer*-München.

Als Schriftführer fungieren: *Brandl*-Eglfing und *Isserlin*-München.

Anwesend sind die Herren: *Allers*-München, *Alzheimer*-München, *Anders*-Kutzenberg, *Ast*-Eglfing, *Bastin*-München, *Bayl*-Prag, *Bott*-Bamberg, *Brandl*-Eglfing, *Dees*-Gabersee, *Dreschfeld*-München, *Deinikow*-Petersburg, *Ehrenfeld*-Irsee, *Eisath*-Hall i. Tirol, *Eisen*-Deggendorf, *Eisenhofer*-Bayreuth, *Ellmann*-Regensburg, *Erdt*-München, *Feldkirchner*-Regensburg, *Filser*-München, *Friedrich*-München, *Gaupp*-Tübingen, *Glas*-München, *Göring*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermann*-München, *von Hößlin*-Eglfing, *Hügel*-Klingenmünster, *Imhof*-Gabersee, *Isserlin*-München, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Kleist*-Erlangen, *Korte*-Eglfing, *Kräpelin*-München, *Braußold*-Bayreuth, *Kundt*-Deggendorf, *Löwenfeld*-München, *Marcus*-Stockholm, *Michel*-Agram, *Chr. Müller*-München, *Nissl*-Heidelberg, *Offer*-Hall i. Tirol, *Oppermann*-Erlangen, *Pappenheim*-Erlangen, *Pfeiffer*-Augsburg, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Ranke*-Obersendling b. München, *Rein*-Landsberg i. Brandenburg, *Reiss*-Tübingen, *Römheld*-Heppenheim, *Schröppel*-Frankenthal, *Schweighofer*-Salzburg, *Simkowitz*-Warschau, *Specht*-Erlangen, *Specht*-München, *Tesdorpf*-München, *Utz*-Ansbach, *Vith*-Erlangen, *Vocke*-Eglfing, *Wacker*-München, *Weber*-München, *Weiler*-München, *Weyermann*-Kaufbeuren, *Weyland*-Klingenmünster, *Wittermann*-München, *Würschmidt*-Erlangen, *Würzburger*-Bayreuth, *Zendig*-München.

Vocke-Eglfing eröffnet die Versammlung um 9 Uhr und begrüßt die Anwesenden. Begrüßungsschreiben sind eingelaufen von Geheimrat Dr. *von Grashey*-München, Ministerialrat Dr. *Dieudonné*-München, Professor Dr. *Wolf*-Basel, ferner von den Mitgliedern *Weygandt*-Hamburg, *Eccard*-Frankental und *Rehm*-Neufriedenheim.

Nachdem hierauf der Vorsitzende kurz über ein Anschreiben der Versicherungsgesellschaft Allianz berichtet hat, erfolgt der Rechenschaftsbericht über das Vereinsjahr 1908/09.

Summe der Einnahmen ...	545 M. 07 Pf.
Summe der Ausgaben	192 M. 03 Pf.
Aktiv Rest:	353 M. 04 Pf.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herfeldt-Ansbach prüft die Rechnung und bestätigt die Richtigkeit derselben.

Die Mitgliederzahl des Vereins beträgt zurzeit 93.

Sodann berichtet *Vocke*-Eglfing über die Tätigkeit der im Vorjahre ernannten Kommissionen:

Vocke: Die im Vorjahr gewählten Kommissionen für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern unterbreiten der Versammlung auf Grund eingehender Beratung in einer gemeinschaftlichen Sitzung folgende Mitteilungen und Vorschläge.

1. Es ist bekannt geworden, daß eine Änderung der Aufnahmebestimmungen für Privatanstalten geplant ist. Der Vorstand beabsichtigt mit der maßgebenden Stelle deswegen in Fühlung zu treten.

2. Bei dem Neubau der neuen Anstalt für Oberbayern wird von den psychiatrischen Sachverständigen die Errichtung einer Kinderabteilung als Beobachtungs- und Heilstation beantragt und lebhaft befürwortet werden. Bei dem großen Interesse, das der oberbayrische Landrat und sein ständiger Ausschuß der Fürsorge für geistesschwache und geisteskranke Kinder entgegenbringt, erscheint die Sache sehr aussichtsreich.

3. Die Aufstellung eines Psychiaters als Schularzt und Beirat für die Hilfsschulen wird zunächst in München angestrebt werden. Die Lehrer der Münchener Hilfsschulen erachten den Beirat eines Psychiaters bei der Behandlung und Beurteilung der den Hilfsschulen zugewiesenen Kinder als dringendes Bedürfnis.

4. Ebenso soll mit den maßgebenden Stellen ins Benehmen getreten werden, um eine Zuziehung der Psychiater zu den Jugendgerichtshöfen zu bewirken und bei der Neuerrichtung von Zwangserziehungsanstalten die Stellung einer derselben unter psychiatrische Leitung. Diese psychiatrisch geleitete Anstalt, deren für Bayern etwa zwei vorzusehen wären in geeigneter Verbindung mit anderen psychiatrischen Anstalten, sollte für alle Zwangserziehungszöglinge die Aufnahme- und Beobachtungsanstalt darstellen, aus welcher dann die Überweisung an die anderen Anstalten erfolgt.

5. Die Versammlung wolle sich im nächsten Jahr ein Referat über die Fürsorge für geisteskranke Gefangene erstatten lassen. Als Referenten werden die Herren *Kundt*-Deggendorf und *Rüdin*-München in Vorschlag gebracht.

6. Bezüglich der Gründung eines Hilfsvereins für Geisteskranke hat die Beratung die allgemeine Überzeugung ergeben, daß Kreisvereine gegründet werden müßten, und daß vor allem die Mitwirkung weiter Kreise, Beamter, Geistlicher, Lehrer, der Regierungen und Landräte, sowie gemeinnütziger Persönlichkeiten aller Stände gewonnen werden muß.

Die Kommission wird einen Statutenentwurf ausarbeiten, dann aber müßten in allen Kreisen die Anstaltsdirektoren die Sache in An-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

regung bringen und dauernd mitarbeiten. Nur von der Bildung einzelner Kreiskomitees durch geeignete Vertreter aller Stände und Berufe ist eine gedeihliche Propaganda zu erwarten.

7. Über die Familienpflege soll Herr *Kolb*-Kutzenberg im übernächsten Jahre ein Referat erstatten.

8. Es erscheint wünschenswert, daß in Verbindung mit den offiziellen medizinischen Körperschaften ein ständiger Ausschuß für das Irrenwesen geschaffen wird, und daß amtliche Direktorenkonferenzen eingerichtet werden. Herr Prof. *Kräpelin* wird mit den maßgebenden Stellen sich ins Benehmen setzen und darüber im kommenden Jahre weitere Mitteilung machen.

Die Versammlung ist mit allen diesen Vorschlägen einverstanden und bittet Herrn Prof. *Specht*-Erlangen, das Referat über die Familienpflege im Jahre 1911 mitzuübernehmen. Derselbe nimmt es an.

Die ursprüngliche Vortragsweise erfährt einige Verschiebungen dadurch, daß der Vortrag *Specht*-Erlangen: „Über Pseudoalkoholismus" zurückgezogen wurde, ferner *Reichardt*-Würzburg und *Merzbacher*-Tübingen an der Teilnahme an der Versammlung verhindert sind, somit deren Vorträge „Über Todesursachen bei Geisteskrankheiten", bzw. „Die Beziehungen der Glia zu den Tumoren des Zentralnervensystems" gleichfalls in Wegfall kommen. Dafür wurden neu angemeldet die Vorträge: *Marcus*-Stockholm: Beitrag zur Lehre von den luetischen Geistesstörungen, *Zendig*-München: Beiträge zur Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins und *Reiss*-Tübingen: Zur Psychopathologie der Brandstifter.

Nach Festsetzung der Vortragsreihe erstatten die Herren *Plaut* und *Alzheimer*-München ihr Referat: Syphilitische Geistesstörungen.

Das Referat *Plaut*-München wird in extenso im Gauppschen Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen.

Alzheimer: Die syphilitischen Geistesstörungen.

Bei der anatomischen Untersuchung der luischen Geistesstörungen ist es wichtig, nicht nur die Hirnrinde, sondern das ganze Zentralnervensystem einer Betrachtung zu unterziehen, denn häufig findet man im Rückenmark, im Hirnstamm, an den Basalgefäßen Veränderungen, die für die Deutung der Rindenbefunde von großer Wichtigkeit sind.

Es gibt nicht eine, sondern verschiedenartige Formen syphilitischer Erkrankung des Gehirns; aber Formen, die in einzelnen Fällen ganz rein auftreten, sind in anderen gemischt miteinander; ihre Lokalisation ist herdförmig; wenn es aber auch gewisse Prädilektionsstellen gibt, so kommen doch außerordentliche Verschiedenheiten in der Anordnung vor, und die Herde können so vielfach sein, daß es sich schließlich doch um eine nahezu


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diffuse Erkrankung handelt. Die Prozesse können bald stürmisch verlaufen, bald ungemein chronisch sich entwickeln. All dies erklärt die außerordentliche Mannigfaltigkeit in der klinischen Erscheinungsform der syphilitischen Geistesstörungen.

Von manchen klinischen Bildern, die wir wahrscheinlich mit gutem Recht als syphilitische Geistesstörungen ansehen, z. B. von den Tabespsychosen mit lebhaften Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen fehlen noch anatomische Untersuchungen. In anderen Fällen haben sich Befunde erheben lassen, die noch schwer zu deuten sind. Die übrigen Fälle lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. in gummöse,
2. in meningomyelitische,
3. in endarteritische.

Die erste und zweite Form gehören eng zusammen, und die gummöse verdient nur deswegen eine gewisse Sonderstellung, weil hin und wieder Gummiknoten ziemlich isoliert vorkommen, Geschwulstgröße erreichen und Symptome des Hirntumors hervorrufen. In den meisten Fällen ist sie mit einer ausgebreiteten Meningomyelitis kombiniert.

Bei der syphilitischen Meningomyelitis unterscheidet man zweckmäßig zwischen den akuten und subakuten Fällen einerseits und den schleichenden, chronischen andrerseits.

Jedenfalls beginnt die luische Meningomyelitis in den weichen Häuten des Zentralnervensystems. Es kommt zu einer oft erhebliche Grade erreichenden Infiltration der Meningen mit lymphozyteren Elementen und Plasmazellen bei gleichzeitiger Wucherung der bindegewebigen Zellen. Einzelne oder zahlreiche Riesenzellen finden sich dazwischen. Die Infiltration dringt in die Hüllen und Interstitien des Nerven und überschwemmt ihn schließlich völlig. Er kann dabei sich erheblich verdicken. Fettkörnchenzellen, die Begleiterscheinungen des Markscheidenzerfalls, zeigen an, daß er der Degeneration verfällt. Auch in die Wandungen der Gefäße dringen die infiltrativen Elemente und häufen sich in der Adventitia, Media bis in die Intima an. Schon vorher hat eine starke Wucherung der Intima begonnen. Sie kann zu einem vollständigen Verschluß des Gefäßes führen. Die Veränderungen in der Nervensubstanz selbst sind in weittragendem Grade abhängig von den Veränderungen in den Meningen. Wo diese am massigsten sind, ist auch die Infiltration der Lymphscheiden der darunter gelegenen Hirngefäße am stärksten und geht am tiefsten ins Nervengewebe hinein. Schließlich kann es vollständig veröden. Viel seltener findet man Infiltrationsherde im Innern des Zentralnervensystems, die nicht mit den meningealen Veränderungen an irgendeiner Stelle im Zusammenhang stehen. Nicht selten liegen einzelne oder zahlreiche gummöse Herde in den meningealen Infiltrationen.

Durch den Verschluß der Gefäße kann es zu ausgedehnten Erweichungen im nervösen Gewebe kommen. Seltener scheint mit den


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meningealen Infiltrationen eine starke Neigung zu Blutungen einherzugehen.

Die Lokalisation der meningomyelitischen Veränderungen kann eine außerordentlich verschiedenartige sein. Immerhin ist die Basis des Gehirns, besonders der interpedunkuläre Raum eine Lieblingsstelle. So gilt eine Beteiligung der Hirnnerven, besonders des Optikus und Okulomotorius und der rasche Wechsel in der Beteiligung und in dem Grade der Schädigung der Hirnnerven, entsprechend dem raschen Wechsel in der Stärke der Infiltrationen, als besonders kennzeichnend für diese Form. Die Kranken zeigen dabei oft ein schlafsüchtiges, benommenes Verhalten, zeitweise auch ziellose Unruhe und delirante Zustände.

Besonders interessant sind die Fälle, in welchen die Meningitis in diffuser Weise über die Konvexität verbreitet ist. Was sie von der Paralyse unterscheidet, sind heftige Kopfschmerzen, zeitweilige, oft raschem Wechsel unterworfene Benommenheit und ein entschiedenes Krankheitsgefühl.

Diese akuten und subakuten Formen der Meningomyelitis sind schon am längsten klinisch und anatomisch bekannt, viel weniger die schleichenden, chronischen, die sehr vielfach verkannt und als Paralysen oder Arteriosklerosen diagnostiziert werden. Auch bei der Sektion werden diese Fälle oft noch nicht aufgeklärt, da die Infiltration der Meningen gering sein und leicht übersehen werden kann.

Mikroskopisch ist sie aber immer leicht festzustellen; dabei überwiegen die Plasmazellen manchmal sehr über die Lymphozyten. Eine Infiltration der Nerven war nachzuweisen, aber in keinem Falle beträchtlich. Dagegen sind gerade in der Adventitia der Gefäße die Infiltrationszellen oft sehr angehäuft. Diese Infiltration ist dann auch wieder von einer Wucherung der Intima begleitet. Ganz gewöhnlich kommt es dann auch zu regressiven Veränderungen in der Gefäßwand. Charakteristisch für die luische Natur der Gefäßerkrankung ist die große Anhäufung von Infiltrationszellen in der Adventitia. Durch die regressiven Gefäßwandveränderungen kann es leicht zu Blutungen kommen.

Viele der einfach dementen Formen der Hirnlues gehören zu dieser chronischen Meningomyelitis. Die Herdsymptome, die weniger allgemeine Verblödung läßt sie oft von der Paralyse unterscheiden, von der gewöhnlichen Arteriosklerose das jugendliche Alter und die zuweilen beträchtliche Vermehrung der Zellen der Zerebrospinalflüssigkeit. In ihren reinen Fällen sind histologisch sehr leicht von den meningomyelitischen Formen abzutrennen die endarteritischen, da es Fälle gibt, in welchen nirgends in den Meningen eine Spur von Infiltration nachzuweisen ist und auch im Zentralnervensystem selbst Lymphozyten und Plasmazellen fehlen. Nur Mastzellen pflegen regelmäßig in reichlicherer Zahl vorzukommen. Auch hier muß man wieder zwei Formen unterscheiden: eine, bei der fast ausschließlich die größeren Arterien betroffen sind, und eine, bei der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich der Erkrankungsvorgang an den kleinen und kleinsten Gefäßen abspielt, während die größeren ganz normal sein können.

Auch bei diesen rein endarteritischen Formen pflegt es nach einer anfänglichen Wucherung der Intima zu regressiven Veränderungen zu kommen, welche Blutungen und Erweichungen zur Folge haben. So kann die Differentialdiagnose gegenüber der Arteriosklerose schwierig sein. Aus den Veränderungen eines einzelnen Gefäßes ist sie auch oft nicht zu stellen. Meist sehen wir aber endarteritische Wucherungen in demselben Gehirn sehr verbreitet, während regressive Veränderungen nur an wenigen Gefäßen zu konstatieren sind, oft begegnen wir auch daneben an einzelnen kleineren Gefäßen herunter bis zu den Kapillaren einer auffälligen Vermehrung und Vergrößerung der Gefäßwandzellen, wie das bei der Arteriosklerose nicht vorzukommen scheint.

Von besonderer Wichtigkeit für die Erkenntnis syphilitischer Geistesstörung sind dann die Fälle, welche lediglich mit endarteritischen Veränderungen an den kleinen Gefäßen einhergehen, von denen *Nissl* zuerst einen Fall eingehender beschrieben hat. *Fischer* hat jüngst gemeint, daß die Fälle noch zu vereinzelt seien, als daß sie die Aufstellung einer besonderen Form rechtfertigen, und daß auch ihre luische Natur noch nicht feststehe. Nachdem ich jetzt zu den früher veröffentlichten noch sechs neue hinzufügen kann, dürfte wohl kaum mehr ein Zweifel bestehen, daß wir hier eine besondere Form luischer Erkrankung vor uns haben.

Wir sehen an den kleinsten Gefäßen der Hirnrinde, daß die Zellen der Intima und Adventitia sich wesentlich vergrößern und Kernteilungen eingehen. Schließlich zeigt sich die Gefäßwand aus sehr zahlreichen Zellen mit chromatinreichen Kernen und stark gefärbtem Plasma zusammengesetzt. Dabei kommt es auch zur Gefäßneubildung und zur Bildung sogenannter Gefäßpackete. Manche Kapillaren zeigen eine ganz enorme Erweiterung. Die Glia wuchert stark, auch kommt es zur Bildung stäbchenzellenartiger Elemente mit länglichen Kernen und langen bipolaren Plasmastreifen und zu einer erheblichen Schädigung der Ganglienzellen. Daneben fehlen kleine Blutungen und Erweichungen selten.

So leicht die akuteren Fälle wegen des Reichtums von jungen plasmareichen Zellen in der Gefäßwand zu erkennen sind, die chronischen Fälle sind nicht immer ganz leicht abzutrennen. Hier scheint besonders charakteristisch die unregelmäßige Verteilung und die stellenweise starke Vergrößerung der Gefäßwandzellen, während sich statt des reichlicheren Plasmas oft stark pigmentierte liquide Stoffe finden.

Die klinischen Bilder sind ungemein verschiedenartig, je nachdem der Prozeß rasch oder langsam fortschreitet, auf enge Gebiete beschränkt oder mehr diffus ist. Ein Fall war für eine Epilepsie, einer für eine Katatonie, einer als Paralyse, zwei als stationäre Paralysen und nur einer als Hirnlues von den Ärzten diagnostiziert worden, die sie behandelten, daraus sieht man am besten die Verschiedenheit der klinischen [illegible]


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nungen. Symptome von seiten der Hirnnerven und des Rückenmarkes fehlen hier häufig, ebenso scheint auch die Zellvermehrung in der Zerebrospinalflüssigkeit sehr gering oder fehlt ganz.

Zweifellos gehören von den Fällen von Hirnlues, in welchen die psychotischen Erscheinungen überwiegen, manche hierher, aber die Kasuistik bedarf noch einer weiteren Bereicherung. Während die meningomyelitischen Formen zu dem Erreger der Paralyse in engerer Beziehung stehen dürften, spricht vieles dafür, daß es sich bei den endarteritischen Formen um metasyphilitische Prozesse handelt.

Über die Zugehörigkeit gewisser Prozesse, welche der Enzephalitis zugerechnet werden müssen, zur Hirnlues muß noch weiteres Material gesammelt werden.

Schwer zu beurteilen sind vielfach auch diejenigen Veränderungen, die wir bei hereditär luischen Imbezillen und Idioten finden, da wir hier meist abgelaufene Prozesse, Narbenbildungen vor uns haben. Sicher sind einzelne Fälle als alte Meningomyelitis zu deuten, während in andern Fällen große umschriebene Defekte auf Gefäßerkrankungen hinweisen. Interessant ist schließlich noch, daß man offenbar in gar nicht so seltenen Fällen bei früheren Luikern eine manchmal gar nicht unerhebliche Anhäufung von Lymphozyten und selbst Plasmazellen in den Meningen findet, wenn auch gar keine Erscheinungen einer nervösen oder kortikalen Erkrankung vorlag. Was dies bedeutet, läßt sich heute schwer sagen. Wahrscheinlich sind dies dieselben Fälle, bei denen man auch bei der Lumbalpunktion eine starke Zellvermehrung ohne nervöse Symptome beobachtet. Erst die Verfolgung des weiteren Schicksals solcher Fälle wird uns über die pathologische Bedeutung dieser Beobachtung aufklären können.

Im Anschlusse an die beiden Referate folgt noch vor Eintritt in die Diskussion der Vortrag

Marcus-Stockholm: Beitrag zur Lehre von den luetischen Geistesstörungen.

(Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden.)

Hierauf wird in die Diskussion über das Referat *Plaut-Alzheimer* eingetreten.

Nissl-Heidelberg kann nicht so zuversichtlich über den Stand der Histopathologie der Hirnlues urteilen wie Herr *Alzheimer*.

Ich unterscheide strenge: 1. entzündliche, 2. nicht entzündliche und 3. kombinierte Formen der Hirnlues. Unter den entzündlichen Formen verstehe ich alle diejenigen Formen, die durch ein zelliges Exsudat charakterisiert sind. Bei den nicht entzündlichen Formen fehlt dieses Exsudat. Bei den kombinierten Formen finden sich die Zeichen der entzündlichen und nicht entzündlichen Formen kombiniert. Das klassische Beispiel für letztere sind meningomyelitische Formen, bei denen neben den entzündlichen Erscheinungen Gewebsveränderungen vorkommen, die den



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichtentzündlichen Formen eigenartig sind. Auch Paralysen mit solchen Gewebsveränderungen gehören hierher. Ebenso der Fall aus meiner Klinik, den Herr *Alzheimer* demonstriert hat, der Fall mit den „hyalin" veränderten Gefäßen, in deren Adventitia sich Riesenzellen fanden.

Zu den entzündlichen Formen der Hirnlues gehören *Alzheimers* gummöse und meningomyelitische Formen, sowie die Formen mit basaler gummöser Meningitis. Diese Formen sind längst bekannt, sind aber trotzdem nicht sehr häufig. Herr *Alzheimer* hielt die akuten und subakuten Formen der meningitischen Formen auseinander von den chronischen Formen. Wir sind *Alzheimer* zu Dank verpflichtet, daß er auf letztere aufmerksam gemacht hat und seine Angaben darüber mit überzeugenden Bildern illustriert hat. Dagegen bin ich mit Herrn *Alzheimer* nicht einverstanden bezüglich der Deutung der Veränderungen der großen Hirngefäße bei seinen chronisch meningitischen Formen. Ich wenigstens wäre nicht imstande, einen Teil der von ihm demonstrierten und als luisch gedeuteten Gefäßveränderungen von arteriosklerotisch veränderten Gefäßen zu unterscheiden.

Inwieweit die Veränderungen der Hirngefäße, die als arteriosklerotische bezeichnet werden, auch mit der Syphilis in Beziehung stehen, ist eine Frage für sich. Ich glaube aber, daß es zur gegenseitigen Verständigung wesentlich beitragen würde, wenn die (*Heubner*sche) luische Erkrankung der großen Hirngefäße und die arteriosklerotischen Veränderungen scharf auseinander gehalten würden.

Bezüglich der ersteren herrscht noch immer keine Einigkeit. Gestatten Sie mir über sie einige Bemerkungen, die natürlich mit dem *Alzheimer*schen Referate nichts zu tun haben. Denn Herr *Alzheimer* weiß es ebenso gut wie ich. Ich spreche nur von den Erkrankungen der großen Hirngefäße (die Erkrankung der Aorta steht auf einem andern Brett). Die luische (*Heubner*sche) Erkrankung der Hirngefäße etabliert sich wie übrigens auch die Arteriosklerose ausschließlich an Hirngefäßen mit mehreren Ringmuskellagen. Demnach gibt es weder eine luische (*Heubner*sche) Erkrankung der Hirnrindengefäße, noch auch eine Arteriosklerose derselben. Was man unter luischer Erkrankung der Rindengefäße und was man unter Arteriosklerose der Rindengefäße bezeichnet, hat weder mit der *Heubner*schen noch mit der Arteriosklerose der Basisgefäße auch nur das geringste zu tun. Die Analogie zwischen der Lues der Hirngefäße und der Arteriosklerose derselben ist übrigens eine vollkommene. Wie sich nämlich die Hirnlues der größeren Hirngefäße (ohne spez. Rinden- resp. Gewebserkrankung) zur Arteriosklerose derselben (ebenfalls ohne Rinden- resp. Gewebserkrankung) verhält, so verhält sich die luische (nicht entzündliche) Rinden- resp. Gewebserkrankung zur arteriosklerotischen Rindenerkrankung. Bei beiden letzteren sind die Rindengefäßerkrankungen vordringlich, haben aber nichts mit der *Heubner*schen Erkrankung und nichts mit der Arteriosklerose der größeren Gefäße


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemein, wohl aber finden wir sowohl bei der luischen und arteriosklerotischen Rindenerkrankung die größeren Gefäße im Sinne der *Heubner*schen Erkrankung (immer?) resp. immer im Sinne der arteriosklerotischen Erkrankung verändert. Ich meine, man sollte als luische (*Heubner*sche) Erkrankung ausschließlich jene Gefäßerkrankungen bezeichnen. die 1. durch eine primäre Intimawucherung charakterisiert sind, bei denen 2. diese Intimawucherung mehr oder weniger herdförmig begrenzt ist, und bei denen 3. dieser Intimawucherung jede regressive Tendenz abgeht. Tatsächlich kommen bei der *Heubner*schen Form Blutungen selten vor (meist nur, wenn die Intimawucherungen zu Aneurysmen führen oder wenn gleichzeitig arteriosklerotische Veränderungen sich etabliert haben). Auch haben zellige Infiltrate nichts mit der luischen Gefäßerkrankung zu tun. Wir finden allerdings sehr häufig zellige Infiltrate bei dieser Gefäßerkrankung, weil wir sowohl bei Gummigeschwülsten als auch bei der luischen Meningitis die Gefäßerkrankung vorfinden. Dann wird das erkrankte Gefäß von der Gummigeschwulst und der Meningitis aus sekundär infiltriert.

Die immerhin relativ seltenen entzündlichen Formen sind es nicht. welche mich veranlaßt haben, das Wort zu ergreifen. Denn die entzündlichen Formen sind ja genügend bekannt. Der springende Punkt der Histopathologie der Hirnlues sind auch nicht die kombinierten Formen. sondern die n i c h t e n t z ü n d l i c h e n.

Ich unterscheide bei den n i c h t e n t z ü n d l i c h e n Formen. wie ich schon sagte, 1. die luische (*Heubner*sche) Erkrankung der größeren Hirngefäße ohne Erkrankung der Rinde oder richtiger des zentralen Gewebes. Letzteres kann natürlich infolge einer Verstopfung oder Obliteration, selten infolge einer Blutung erkranken, aber nicht in spezifischer Wese, und 2. die nicht entzündliche luische Rinden- resp. Gewebserkrankung.

Ich will Ihnen schildern, wie es mir ergangen mit dieser Erkrankung. Als ich vor 8 Jahren einen Fall von nicht entzündlicher Rindenerkrankung zur Sektion bekam (der Fall hatte auch noch anderweitige luische Veränderungen und auch eine typische *Heubner*sche Erkrankung der Basisgefäße), glaubte ich den Schlüssel zum Verständnis der nicht entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervengewebes in der Hand zu haben. Besonders vordringlich waren eigenartige Veränderungen der Rindengefäße. Aber es waren auch die nervösen und gliösen Bestandteile eigenartig verändert. Herr *Alzheimer* hat Ihnen ja einen Schnitt demonstriert, der von diesem Fall stammt. Mit einem Wort, dieser Fall zeigte die Veränderungen in einem so extremen Grade, daß es nicht schwer fiel, den vorliegenden histopathologischen Befund als den Ausdruck eines Prozesses sui generis auf das schärfste zu charakterisieren. Schon einmal im Jahre 1872 war dieser Prozeß von *Schüle* beschrieben worden. *Alzheimer* hatte ebenfalls einen Fall zur Sektion erhalten, der denselben Prozeß darbot. Ich wollte



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im 2. Bande der histologischen und histopathologischen Arbeiten eine genaue Beschreibung dieses Prozesses geben. Ich mußte nur noch einige Fälle erst beisammen haben. Ich war nun bestrebt, Material von sicheren Fällen von Hirnlues zu sammeln. Nach und nach sammelten sich auch solche Fälle an. Aber es war nicht nur kein einziger Fall darunter, der den Prozeß meines Falles zeigte, sondern jeder Fall erwies sich anders, kurz, die Lage war trostlos. Selbstverständlich sagte ich mir, daß es auch Fälle geben wird, in denen die Veränderungen nicht in so ausgesprochenem Grade vorhanden sind. Allein ich konnte keinen Fall finden, bei dem die Veränderungen auch nur annähernd gleichartig, wenn auch in ganz geringem Grade ausgeprägt waren. Ich sagte mir weiter, daß vielleicht nur gewisse Veränderungen, z. B. die am meisten vordringlichen Gefäßveränderungen, vorhanden sein können. Dies erwies sich auch teilweise als richtig. Es sind unter meinen Fällen drei, bei denen ungefähr analoge Gefäßveränderungen nachzuweisen sind, doch nur in einem Fall deutlicher ausgesprochen. Mit den paralytischen Veränderungen kombiniert fanden sich ebenfalls solche Gefäßveränderungen. Ich versuchte sodann festzustellen, ob nicht doch irgendeine Gemeinsamkeit unter meinen Fällen zu finden war. Vielleicht in den drei ersten Fällen. Allein, wenn ich gefragt würde, ob ich diese Fälle als zusammengehörig erkennen würde, ohne daß ich wüßte, woher die mir vorgelegten Fälle stammen, würde ich wahrscheinlich nur den einen Teil mit den ausgesprochenen Gefäßveränderungen identifizieren.

Wenn ich sagte, ich kann den Stand der Histopathologie der Hirnlues nicht so zuversichtlich beurteilen wie *Alzheimer*, so berufe ich mich auf diese Erfahrungen. Herr *Alzheimer* hat uns heute sehr schöne Bilder gezeigt. Aber der weitaus größte Teil seiner Bilder gehört den bekannten entzündlichen Formen an. Was er von der nicht entzündlichen Form gezeigt hat, war der kleinere Teil. Herr *Alzheimer* nannte die nicht entzündlichen Formen die endarteritischen Formen, welche ich, wie ich gezeigt habe, in zwei Formen zerlege a) in die Lues der großen Hirngefäße ohne Gewebserkrankung, und b) in die luische Gewebserkrankung, die ebenso wie die entzündlichen Formen (immer?) mit der *Heubner*schen Erkrankung kombiniert sein kann. Von der ersteren Form hat Herr *Alzheimer* keinen Fall gezeigt. Was Herr *Alzheimer* von der nicht entzündlichen Gewebserkrankung demonstriert hat, deckt sich mit meinem einzigen Fall. Der Prozeß, den dieser Fall zeigt, ist also zweifellos festgestellt. Herr *Alzheimer* wird mir aber zugeben, daß solche Fälle nur ganz vereinzelt vorkommen. Demnach kann ich auch nach Kenntnis des *Alzheimer*schen Referates mit denselben Worten schließen, mit denen ich meine Diskussionsbemerkungen zum gleichen Referat in Baden-Baden geschlossen habe: Entweder ist die (nicht entzündliche) Form der Hirnlues eine sehr seltene Krankheit, oder die Histopathologie derselben ist durch so wenige sinnfällige Veränderungen charakterisiert, daß wir dieselben heute noch nicht kennen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alzheimer-München: Die Einteilung der luischen Psychosen, die Herr *Nissl* gegeben hat, deckt sich, wie ich glaube, vollständig mit der meinigen. Wenn er zwischen entzündlichen und nicht entzündlichen Formen unterscheidet, so ist das dasselbe, als wenn ich die meningomyelitischen (entzündlichen) den endarteritischen (nicht entzündlichen) gegenüberstelle, denn ich habe ja ausdrücklich hervorgehoben, daß ich die gummösen nur aus praktischen Gründen von den meningomyelitischen, zu denen sie histologisch gehören, abtrenne, weil das klinische Bild manchmal recht abweichend ist, wenn Tumorsymptome im Vordergrunde stehen.

Daß die meningomyelitischen Fälle die selteneren sind, kann ich für unser Material nicht zugeben, wenn ich die chronischen Fälle dazurechne. Nur um diese letzteren oft verkannten Fälle genügend darzustellen, habe ich eine größere Zahl Bilder von der Meningomyelitis gegeben, nicht weil ich von der Endarteritis nicht ebenso viele hätte demonstrieren können. Ich habe doch auch Bilder von zwei Fällen mit echter *Heubner*scher Endarteritis und von vier Fällen von Endarteritis der kleineren Gefäße gezeigt.

Ein prizipieller Widerspruch besteht zwischen *Nissl* und mir bezüglich der Zugehörigkeit regressiver Gefäßveränderungen zur Lues, indem *Nissl* alle regressiven Veränderungen zur Arteriosklerose gerechnet haben will, während ich behaupte, daß in den luischen Gefäßen regressive Veränderungen sich ausbilden können, die wir dann zweckmäßiger zur Lues nehmen. Wenn ein junger Luiker eine Apoplexie erleidet, wie wir das so häufig sehen, dann muß er wohl regressive Gefäßveränderungen haben, und wenn wir dann in einem solchen Gehirne neben zahlreichen Gefäßstellen, in welchen eine echte *Heubner*sche Endarteritis nachzuweisen ist, auch einige Stellen finden, wo daneben regressive Veränderungen sind, kann ich nicht einsehen, warum man hier von einer Kombination von Lues und Arteriosklerose sprechen, warum nicht hier ein luisches Gefäß sich regressiv verändert haben soll. Das gleiche gilt für die regressiven Veränderungen an den in meningitische Infiltrationen eingebetteten Gefäßen. Ich habe doch ausgeführt und an Photogrammen gezeigt, daß auch an diesen regressiv veränderten Gefäßen Merkmale luischer Erkrankung zu sehen sind.

In einer Reihe von Fällen allerdings finde ich an den Gehirnen früher Luischer Veränderungen, die ich von der Arteriosklerose nicht unterscheiden kann. Ich habe diese Fälle auch nie zur Syphilis, sondern zur Arteriosklerose gerechnet. Meiner Überzeugung nach ist die Arteriosklerose überhaupt nur ein Sammelbegriff für verschiedenerlei regressive Gefäßveränderungen, und die Lues führt auch zu solchen. Ich weiß, daß ich hier in Widerspruch stehe mit anderen Auffassungen, aber keineswegs allein.

Nissl hat dann zugegeben, daß er einen ungemein typischen Fall von Endarteritis der kleineren Gefäße gesehen hat und noch einige wohl


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dahingehörige, *Schüle* schon einen Fall vor ihm. Sie existiert also doch. Manche von meinen Fällen sind auch nicht so typisch, wie *Nissls* erster Fall, er zeigte eben die Veränderungen in einer ganz besonders charakteristischen Weise. Aber ich habe keinen Zweifel, daß meine Fälle die gleichen sind, und die meisten Fälle sind an einigen Stellen ebenso charakteristisch. Da es sich häufig um herdförmige Erkrankungen handelt, habe ich allerdings zuweilen lange suchen müssen, bis ich diese Stellen gefunden habe.

Daß es Fälle gibt, die wahrscheinlich der Hirnlues zugehören, mit noch recht unklaren Befunden, habe ich erwähnt. Nirgends habe ich erklärt, daß die Hirnlues anatomisch geklärt sei. Doch ich bin der Meinung, daß in dem, was ich vorgetragen habe, ein Fortschritt unserer Erkenntnis gegeben ist. Ich kenne aber auch die großen Lücken, die noch auszufüllen sind. Allerdings hatte ich mir mehr die Aufgabe gestellt, hier über das zu referieren, was wir über die Hirnlues wissen, als über das, was wir nicht wissen, und ich kann Herrn *Nissl* nur dankbar sein, wenn er das, was ich vielleicht zu kurz gehalten habe, noch nachdrücklich betont hat.

Kleist-Erlangen: Über psychomotorische Erregungszustände.

Der Vortrag umfaßt einen Teil der Ergebnisse einer inzwischen bei Klinkhardt in Leipzig erschienenen Arbeit: „Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen".

Diskussion. — *Gaupp*-Tübingen erkennt gern an, daß die von dem Vortragenden angewandte *Wernicke*sche Untersuchungs- und Beobachtungsweise wertvolle Beiträge für die exakte Beobachtung und Analyse des optisch und akustisch Wahrnehmbaren an Geisteskranken geliefert hat und auch weiterhin liefern wird. Wenn aber der Vortragende damit begann, zu behaupten, daß die „hyper- und akinetischen Symptome", die „pseudo-spontanen Bewegungen" *Wernicke*s völlig unabhängig von sensorischen, assoziativen und affektiven Vorgängen seien, so sagt er mehr, als er wissen und beweisen kann. Es ist bedenklich, aus der Form der Bewegungen, bzw. ihres Ausfalles auf rein umschriebene psychomotorische (hyperkinetische bzw. akinetische) Störungen zu schließen. Ebenso verfehlt ist die Annahme, daraus, daß der Kranke später seine Bewegungen nicht zu motivieren vermag, sei zu schließen, daß diese früher rein umschriebene Störungen waren. Stets ist die Psychose eine allgemeine psychische Erkrankung, zirkumskripte Motilitätspsychosen existieren nicht. — *Gaupp* weist ferner darauf hin, das *Kleist*s Behauptung, der manische Bewegungs- und Tatendrang dürfe nicht psychomotorische Erregung genannt werden, weil er die Folge gesteigerter assoziativer Tätigkeit sei, nicht zutreffe. Die psychomotorischen Symptome der Manie verhalten sich ganz verschieden gegenüber der „intrapsychischen" Tätigkeit (innere Ideenflucht, gedankenarme, erregte Manie usw.). Endlic'


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betont *G.*, daß sich *Wernicke*s Begriff der Hypermetamorphose mit dem des Vortragenden nicht deckt, wenn dieser ihn mit „Kurzschlußakten“ identifiziert. *Wernicke*s Hypermetamorphose ist kein primär psychomotorischer Vorgang, sondern vielmehr ein sensorisch-assoziatives Symptom, analog der *Ziehen*schen „Hyperprosexie“.

Kleist-Erlangen erwidert in einem kurzen Schlußwort.

Hierauf folgte eine einstündige Pause, während welcher in dem Bibliotheksaal der psychiatrischen Klinik ein gemeinsames Frühstück eingenommen wurde.

Nach der Pause wird in der Vortragsreihe fortgefahren.

Rein-Landsberg (Brandenburg): Lese- und Schreibstörungen bei Aphasie.

Vortr. geht bei seinen Betrachtungen lediglich auf diejenigen Lese- und Schreibstörungen bei Aphasie ein, die direkt durch Zerstörung der Sprachbahn bedingt sind. Er geht aus von einem Falle von Leitungsaphasie im Sinne *Wernicke*s, den er gemeinsam mit Dr. *Försterling* in der Anstalt zu Landsberg beobachtet[1]). Es fand sich dabei: Sprachverständnis erhalten; Spontansprache teilweise fließend und gut, teilweise paraphasisch, Wortamnesie; Nachsprechen erheblich gestört; Lesen fließend, laut und mit Verständnis; Spontan- und Diktatschreiben bis auf Namen und Heimat des Patienten paragraphisch, und zwar verbale Paragraphie; Abschreiben von Druck- und Kurrentschrift ohne Störung.

Nach einer kurzen Erörterung über den physiologischen Vorgang des Lesens, das sich aus einer optischen und einer sprachlichen Komponente zusammensetzt, gibt Vortr. unter Bezugnahme auf in der Literatur veröffentlichte Fälle (*Kußmaul*, *Monakow*, *Liepmann* u. a.) eine Zusammenstellung der sprachlichen Lesestörungen, wie sie bei den verschiedenen Formen der Aphasie (Einteilung nach *Wernicke*) vorkommen.

1. Subkortikale sensorische Aphasie: Lesen intakt.

2. kortikale sensorische Aphasie: Leseverständnis stets gestört, meist auch das „Lautlesen“. In einzelnen Fällen können die Patienten laut vorlesen, aber ohne Verständnis für das Gelesene;

3. subkortikale motorische Aphasie: Leseverständnis erhalten, Lautlesen gestört.

4. kortikale motorische Aphasie: Leseverständnis teilweise gestört, entsprechend dem Grade der mnestischen Sprachstörung; Lautlesen gestört:

5. transkortikale Aphasie, sensorisch und motorisch (soweit letztere nicht zur Leitungsaphasie zu rechnen ist): Leseverständnis soll aufgehoben, Lautlesen erhalten sein (hypothetisch);

---

[1]) Wird anderweit ausführlich veröffentlicht.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Leitungsaphasie: Leseverständnis meist erhalten, mit oder ohne Fähigkeit des Lautlesens; mitunter auch völlige Alexie;

7. totale Aphasie: völlige Alexie.

Schreibstörungen, die lediglich durch Unterbrechung der Sprachbahn verursacht sind, sind in reiner Form ziemlich selten; entsprechend den verschiedenartigen Vorstellungen, die beim Schreibakt in Tätigkeit treten (optische, sprachliche, cheirokinästhetische) sind auch die Schreibstörungen meist komplizierter Art (bes. apraktisch); auch kommt ja beim Schreiben die Mitwirkung der rechten Hemisphäre viel mehr in Betracht. Die Störungen nur der sprachlichen Schreibkomponente sind folgende:

1. subkortikale sensorische Aphasie: Spontan- und Abschreiben erhalten, Diktatschreiben unmöglich;

2. kortikale sensorische Aphasie: verbale Agraphie, und zwar literale Paragraphie beim Spontan- und Diktatschreiben, Name wird ev. noch richtig geschreiben. Abschreiben bis auf ein Nachmalen einzelner Buchstaben unmöglich.

3. subkortikale motorische Aphasie: meist Agraphie, doch sind einige wenige Fälle bekannt ohne jede Schreibstörung;

4. kortikale motorische Aphasie: Agraphie (ev. nur Paragraphie) bei Spontan- und Diktatschreiben; Abschreiben meist erhalten;

5. transkortikale sensorische und motorische Aphasie: Spontanschreiben unmöglich; Diktat- und Abschreiben soll erhalten sein (hypothetisch);

6. Leitungsaphasie: verbale Paragraphie bei Spontan- und Diktatschreiben; Abschreiben meist erhalten;

7. totale Aphasie: Agraphie.

Auf Grund dieser Zusammenstellung und der daran angeschlossenen Erörterungen kommt Vortr. zu folgenden Schlußsätzen: Zum Leseverständnis gelangen wir mit Hilfe der Sprachzentren; dabei ist das Wortklangzentrum absolut notwendig, das Wortbewegungszentrum spielt nur eine untergeordnetere Rolle durch kinästhetische Erregung des Begriffes. Lautlesen erfolgt bei den meisten Menschen auch über beide Sprachzentren; doch gibt es gewisse Individuen von mehr visueller als akustischer Veranlagung, die auf einer direkten Bahn vom optischen Zentrum zum Sprechbewegungszentrum laut lesen können, aber nur mechanisch, d. h. ohne Verständnis für das Gelesene.

Ein besonderes Rindenzentrum fürs Lesen (ev. im Gyrus angularis) ist ebensowenig anzunehmen, wie ein besonderes Rindenzentrum fürs Schreiben (ev. im Fuß des zweiten Stirnwindung).

Zum Spontan- und Diktatschreiben ist Intaktheit sowohl des Wortklang- als des Wortbewegungszentrums, sowie auch der Verbindung zwischen beiden notwendig. Die seltenen Fälle von motorischer Aphasie ohne Agraphie müssen erklärt werden durch eine seltene individuelle


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unabhängigkeit des Schreibens vom sprachmotorischen Wort (*Liepmann*). Abschreiben kann ohne das Sprachbewegungszentrum erfolgen, doch ist zu einem Übertragen von Druckschrift in Kurrentschrift Intaktheit des Wortklangzentrums notwendig, d. h. Leseverständnis.

Keine Diskussion.

von Hößlin-Eglfing: Beiträge zum Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins.

Der Vortrag wird in extenso im Gauppschen Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren *Pappenheim*-Erlangen, *Kraepelin*-München und *Specht*-Erlangen.

Zendig-München: Beiträge zur Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox auf Grund katamnestischer Forschungen (aus der psychiatrischen Klinik München).

Heut möchte ich nur folgendes vorläufig mitteilen. In den Jahren 1904 bis 1906 sind 468 Fälle von Dementia praecox in die Münchener Klinik aufgenommen worden. 9,01 % dieser Fälle waren nicht mehr auffindbar, 10 % waren gestorben. 29,8 % der Fälle lebten zu Hause, zum Teil im Berufe, zum Teil in der Familie, jedoch sozial unauffällig. Fast alle diese Fälle habe ich persönlich aufgesucht und eingehend untersucht. Dabei hat sich herausgestellt, daß auch nicht ein einziger von diesen Fällen der Diagnose Dementia praecox standgehalten hat. Es handelt sich vielmehr durchweg um Fehldiagnosen. Die meisten Fälle gehören zum manisch-depressiven Irresein. Die meisten Fehldiagnosen sind durch die unrichtige Bewertung der sogenannten katatonen Symptome bedingt. Die Diagnose der Dementia praecox ist daher einzuschränken. Die Prognose ist durchaus ungünstig zu stellen. Unter den untersuchten 468 Fällen befindet sich keiner, der als geheilte, auch nur als sozial unauffällige Dementia praecox zu bezeichnen wäre. Im übrigen verweise ich auf die demnächst erfolgende ausführliche Publikation.

Diskussion. — *Vocke*-Eglfing: Wir müssen jährlich hundert Kranke und mehr in andere Anstalten oder an die Landesgrenze verbringen. Hiervon werden die preußischen Staatsangehörigen stets an die Ortsarmenbehörde bzw. das Krankenhaus Hanau abgeliefert; in diesen Fällen können wir nie erfahren, wohin die Kranken kommen.

Kraepelin-München weist darauf hin, daß sich bei den Untersuchungen des Vortr. vor allem die Überschätzung der Einzelsymtome als Fehlerquelle für die Diagnose der Krankheit herausgestellt hat. Eine ganze Reihe der Fälle würde schon heute nicht mehr als Dementia praecox diagnostiziert werden. Wie es scheint, wird sich durch die ge-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nauere Erhebung der Katamnesen die Prognose der Dementia praecox wesentlich ungünstiger gestalten, als man bisher unter dem Einflusse erheblicher Mengen von Fehldiagnosen angenommen hat.

Gaupp-Tübingen betont, daß *Meyers* (Königsberg) günstigere Zahlen bezüglich der Heilung der Dementia praecox nach *Gaupps* Erfahrung darauf beruhen, daß *Meyer* bei der Diagnose Dementia praecox auf psychomotorische Symptome einen zu großen Wert legt. Mehrere der Krankengeschichten, die *M.* als geheilte Fälle von Katatonie verwertet, sprechen nach *Gaupps* Auffassung für manisch-depressives Irresein.

An der Diskussion beteiligen sich noch die Herren *Specht*-Erlangen und *Pappenheim*-Erlangen.

In seinem Schlußwort trägt *Zendig*-München noch bezüglich der Beobachtungsdauer nach, daß sich die Mehrzahl der Fälle auf fünf bis zehn Jahre erstrecke.

Vocke-Eglfing: Bemerkungen zur psychiatrischen Reichsstatistik.

Vortr. ist der Ansicht, daß das seit vielen Jahren immer noch im Gebrauch befindliche Zählkartenformular für die heutigen Erfordernisse einer wissenschaftlichen Statistik wertlos ist. Er erinnert an die Worte *Pelmans* auf der Frankfurter Versammlung deutscher Irrenärzte im Jahre 1881, daß neue Zeiten neue Fragen bringen, und daß uns eine falsche Pietät nicht abhalten soll, das Veraltete zu beseitigen.

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der heutigen Zählkarte, welche einer Anregung des französischen Psychiaters *Lunier* auf dem internationalen Kongreß für Psychiatrie zu Paris im Jahre 1867 ihre Entstehung verdankt, und die im Laufe der Zeiten wiederholt abgeändert worden ist, begründet der Vortr. an der Hand des Formulares und der dazu in Bayern vorgeschriebenen Tabellen seine Ausstellungen und beantragt die Wahl einer Kommission, welche bis zur nächstjährigen Versammlung positive Vorschläge ausarbeiten soll. Da der deutsche Verein für Psychiatrie im Jahre 1910 erst im September tagt, könnte diesem eventuell noch im kommenden Jahre ein Antrag auf Abänderung des Zählkartenformulars unterbreitet werden. Dies erscheine wünschenswert, da die Geschichte der Zählkarte lehrt, daß jede Änderung jahrelange Verhandlungen im Verein und mit den Behörden erforderte.

Diskussion. — *Rein*-Landsberg bemerkt, daß in Preußen von jetzt ab nur mehr in jenen Jahren, in welchen eine Volkszählung stattfindet, Zählkarten ausgefüllt werden, auch würden nicht mehr so viele einzelne Tabellen verlangt.



Dees-Gabersee hält es für wünschenswert, daß auch die Morbiditäts-Statistik miteinbezogen werde.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alzheimer-München möchte nicht, daß die Zählkarten vollständig abgeschafft werden, da sich aus ihnen doch manches Interessante ersehen lasse.

Da sich gegen die vorgeschlagene Einsetzung einer Kommission, bestehend aus den Herren *Kraepelin*-München, *Specht*-Erlangen und *Vocke*-Eglfing, kein Widerspruch erhebt, so gilt dieselbe als genehmigt. Die Wahl eines vierten Mitgliedes soll in der nächsten Sitzung erfolgen.

Hierauf folgt die Demonstration verschiedener Kinematogramme durch *Kraepelin*-München.

Kraepelin-München: Demonstration von Kinematogrammen.

Um die Bedeutung der seit Jahren von *Weiler* in der psychiatrischen Klinik in München aufgenommenen Kinematogramme für den klinischen Unterricht zu zeigen, wurden ausgewählte Aufnahmen vorgeführt. Da die wesentlichste Bereicherung des Anschauungsunterrichts durch den Kinematographen in der Wiedergabe von Anfällen besteht, wurden zunächst paralytische, epileptische und hysterische Anfälle vorgeführt. Bei dem relativ seltenen Vorkommen typischer Alkoholdelirien in München schien auch die Aufnahme eines derartigen Kranken wertvoll, deren Vorführung folgte. Aufnahmen von Choreatischen folgten, endlich solche von zwei manischen Kranken. Die erste bot mehr theoretisches Interesse, indem sie einen erregten, manischen Kranken zeigte, der die sonderbarsten Haltungen einnahm, wie man sie sonst nur bei katatonischen Kranken zu sehen gewohnt ist, die letzte endlich illustrierte die Behandlungsweise im Dauerbad.

Schluß der 1. Sitzung 4 Uhr Nachmittags.

2. Sitzungstag Mittwoch, den 2. Juni 1909.

Zu Beginn der Sitzung teilt der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing mit, daß für die nächstjährige Versammlung Einladungen nach Bayreuth und nach Klingenmünster vorliegen, und fragt an, wofür sich die Versammlung entscheiden wolle.

Feldkirchner-Regensburg schlägt Klingenmünster vor, da sich damit der Besuch der neu eröffneten Anstalt in Homburg verbinden lasse.

Kraepelin schlägt vor, mit dem Besuch der Homburger Anstalt etwas zu warten, bis diese längere Zeit in Betrieb sei, und fragt außerdem an, ob es nicht möglich sei, den Zeitpunkt für die Versammlung, falls diese doch in der Pfalz stattfinden sollte, so zu wählen, daß im Anschluß daran auch die Frühjahrsversammlung der südwestdeutschen Neurologen besucht werden könnte.

Durch Abstimmung wird seitens der Versammlung als Ort der nächstjährigen Versammlung Klingenmünster gewählt.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Mitgliederbeitrag für das kommende Vereinsjarhr 1909/10 wird wieder auf 3 Mark festgesetzt.

Bei der darauffolgenden Vorstandswahl wird die bisherige Vorstandschaft durch Akklamation wiedergewählt.

Als 4. Mitglied der Kommission für Statistik wird noch Herr *Herfeldt*-Ansbach gewählt.

Aus der Gebühren-Kommission ist ausgeschieden Herr *Weygandt*-Hamburg. Außer den noch der Gebühren-Kommission angehörenden Herren *Ungemach*-Eglfing und *Specht*-Erlangen treten dieser Kommission noch bei die Herren *Karrer*-Klingenmünster, *Prinzing*-Kaufbeuren und *Blachian*-Werneck. Damit ist jeder Oberlandesgerichtsbezirk durch je einen Herrn in der Kommission vertreten.

Hierauf wurde die Reihe der Vorträge wieder aufgenommen.

Kraepelin zeigt zunächst vier Fälle von juveniler Paralyse, von denen der älteste 17 Jahre alt, aber schon seit dem 7. Jahre erkrankt ist. Bei allen vier Kranken war die *Wassermann*sche Reaktion in Blut und Spinalflüssigkeit positiv; außerdem fand sich Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit bis zu 273 Zellen im Kubikmillimeter. Auffallend war die Häufigkeit von Anfällen, die bei einem Kranken seit Jahren fast täglich, oft in sehr starker, statusartiger Häufung, auftraten. In drei Fällen war lange Zeit hindurch der *Babinski*sche Reflex deutlich auszulösen, was bei der Paralyse der Erwachsenen nicht gerade häufig ist; in zwei Fällen bestand Spitzfußstellung mit starker Dorsalflexion der großen Zehe, wie man sie bei längerem Fortbestehen des *Babinski*schen Zeichens nicht selten beobachtet. Bei zwei Kranken ließ sich die *Wassermann*sche Reaktion auch im Blute der Mutter und bei einzelnen Geschwistern nachweisen. Weiterhin wurde eine 32jährige Kretine mit allen Zeichen der Krankheit, Zwergwuchs, Myxödem, Fehlen der Schilddrüse, Nabelbruch, Lordose der Lendenwirbelsäule, Verdickung der Epiphysen vorgestellt. Die Kranke hat etwas Lesen, Schreiben, Stricken und Nähen gelernt, zeigt aber bei allen Verrichtungen eine außerordentliche Verlangsamung der Bewegungen. Die Menses sind vorhanden. Daran schloß sich die Vorzeigung eines ausgeprägten Falles von mongoloider Idiotie. Zum Schlusse wurde ein Fall von schwerem Alkoholismus besprochen, in dem sich ein halluzinatorischer Schwachsinn nach einer ziemlich akut einsetzenden Geistesstörung entwickelt hatte, die in der Hauptsache als Alkoholwahnsinn bezeichnet werden konnte, aber auch eine Reihe von deliranten Zügen aufwies. Vortr. entwickelte im Anschlusse an diesen Fall und gestützt auf eine Reihe von sonstigen Erfahrungen die Anschauung, daß wir es im Delirium tremens, Alkoholwahnsinn und auch in der alkoholischen Form der *Korssakow*schen Psychose nicht mit verschiedenen Krankheitsvorgängen, sondern nur mit klinischen Spielarten einer und derselben Krankheit zu tun haben. Er wies dabei namentlich auf die zahlreichen Mischformen zwischen Delirium und Halluzinose, auf das Vorkommen beider


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei demselben Kranken in ausgeprägten und rudimentären Formen, endlich auf die ganz gleichen Ausgangszustände ungeheilter Fälle beider Erkrankungen hin.

Diskussion. — *Specht*-Erlangen glaubt, es lasse sich eine strenge Scheidung der einzelnen Geistesstörungen auf alkoholischer Grundlage nicht durchführen.

Marcus-Stockholm berichtet über einen, den vorgestellten Fällen ganz ähnlichen Fall von juveniler Paralyse mit ausgesprochenen Größenideen.

Alzheimer-München würde sich schon deshalb gerne der Auffassung *Kraepelins* über eine enge Zusammengehörigkeit des Alkoholdeliriums und der Alkoholhalluzinose anschließen, weil sie die für unsere bisherige Betrachtungsweise auffällige Tatsache etwas erklärlicher erscheinen lassen würde, daß ein ätiologisches Moment, der Alkohol, ganz verschiedenartige psychische Störungen verursacht. Aber wenn er auch zugeben muß. daß in München Fälle recht häufig sind, welche man als Mischformen zwischen Delirium und Halluzinose ansehen muß, so scheinen doch in Gegenden, in welchen viel Schnaps getrunken wird, Fälle, welche das Delirium in reinster Form zeigen, ungemein häufig neben Fällen, die ebenso rein das Bild der Halluzinose darbieten, und Mischformen recht selten. Dazu kommt noch der Unterschied in der Dauer beider Erkrankungen. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Delirien läuft in ganz regelmäßiger Weise in wenigen Tagen ab, während sich die Halluzinose, von einzelnen abortiven Fällen abgesehen, Wochen und Monate hinzieht. Das scheint ihm für einen tieferen Unterschied zwischen beiden Erkrankungen und gegen *Kraepelins* Auffassung zu sprechen.

Kleist-Erlangen schließt sich den Ausführungen des Herrn *Alzheimer* an. Zustandsbilder, in denen sich die Symptome eines typischen Delirs und einer typischen Halluzinose mischen, lassen sich verstehen aus atypischen Lokalisationen des Krankheitsprozesses der einen bzw. andern Psychose; daß aber die Krankheitsprozesse beim Delirium und bei der Halluzinose verschieden sind, dafür sprechen die großen Verlaufsunterschiede und die Verschiedenheiten in der Entstehung beider Psychosen(Mitwirkung von körperlichen Erkrankungen beim Delirium). Natürlich ist der Alkoholismus in der Ätiologie beider Psychosen enthalten.

Kraepelin bemerkt gegenüber diesen Einwendungen, daß er selbstverständlich nicht die auffallenden Unterschiede im Krankheitsbilde wie im klinischen Verlaufe zwischen den lehrbuchmäßig verlaufenden Fällen von Delirium tremens und Alkoholwahnsinn leugne. Allein bei der Prüfung einer großen Zahl von Krankheitsfällen zeige sich, daß die Grenzen durchaus keine so scharfen seien, wie es bei Gegenüberstellung der typisch ausgebildeten Formen den Anschein habe. Gewiß müsse es seine Ursachen haben, warum das eine Mal das eine, ein anderes Mal das andere


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitsbild zustande komme, aber bisher seien unsere Bemühungen, bestimmte ätiologische Verschiedenheiten aufzufinden, gänzlich ergebnislos geblieben; wir wissen nur, daß beide Bilder ausschließlich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen. Nun kennen wir aber auch bei anderen Erkrankungen solche Unterschiede in der Gestaltung der einzelnen klinischen Bilder, ohne daß wir an der Gleichartigkeit des ursächlichen Krankheitsvorganges zweifeln. Dahin gehört namentlich die Epilepsie. Hier haben wir nebeneinander Krampfanfälle mit völligem Bewußtseinsverlust, delirante Zustände mit erheblicher Bewußtseinstrübung und endlich die sogenannten besonnenen Delirien ohne auffallendere Störung im gesamten äußeren Verhalten; diesen Unterschieden im klinischen Bilde entsprechen solche des Verlaufes. Natürlich müssen wir hier annehmen, daß die Grundursache der Epilepsie in den verschiedenen Fällen etwas verschieden einwirkt, handle es sich nun um eine verschiedene Stärke, Ausbreitung oder Lokalisation des Krankheitsvorganges. Ähnliche Überlegungen könnten wohl geeignet sein, auch die Verschiedenheit der alkoholischen Psychosen unserem Verständnisse näher zu bringen, wenn sich die Annahme bestätigen sollte, daß ihnen ein einheitlicher Krankheitsvorgang zugrunde liegt.

Dees-Gabersee weist auf das Bestehen von Fieber beim Alkohol-Delirium hin, das er noch immer gefunden habe, und dem er immerhin eine gewisse Bedeutung zumessen möchte.

Plaut-München weist auf den Wert der serologischen Untersuchung hin, die es unter Umständen, wie z. B. in einem der vorgestellten Fälle, ermögliche, den Zeitpunkt des Eintrittes der luischen Infektion ziemlich genau festzustellen.

Reiss-Tübingen: Zur Psychopathologie der Brandstifter.

Unter den Brandstiftern findet sich eine verhältnismäßig große Anzahl, bei der die Tat weder durch affektive noch durch intellektuelle Motive normal-psychologisch begründet erscheint. Unter diesen läßt sich aber bei einem großen Teil aus der Persönlichkeit des Täters ein gewisses Verständnis für die Tat gewinnen, und so finden wir auch in der persönlichen Veranlagung Anhaltspunkte für eine vorläufige Gruppierung nach einzelnen Typen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Racheakte auf ganz geringen Anlaß hin, bei Menschen von ganz eigentümlichem Charakter, die man als Brandstiftertypus bezeichnen könnte. Lassen sich doch ähnliche Charakterzüge mehr oder weniger ausgeprägt bei fast allen Brandstiftern nachweisen, und zwar um so ausgesprochener, je weniger äußere Motive oder krankhafte Störungen uns ein Verständnis der Tat gestatten. In der Hauptsache handelt es sich um eine auffällige Verschlossenheit und einen Mangel an sozialer Anpassungsfähigkeit, der solche Menschen überall als verstockt und heimtückisch erscheinen läßt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei dem Gegensatze, in dem sie naturgemäß zu der Umgebung stehen, führen ihre starke Empfindlichkeit und ihre Unfähigkeit zu affektiver Entladung nach außen leicht zu einer hochgradigen gemütlichen Spannung, die sich dann in einem gefährlichen Racheakt entlädt; und bei ihrem Mangel an persönlichem Mute ist die Brandstiftung mit ihrer relativ geringen Gefährlichkeit für den Täter das gegebene Mittel. Ermöglicht sie doch dem verachteten und mißliebigen Menschen, die Allgemeinheit seine Macht fühlen zu lassen. Solche Charaktere brauchen im übrigen durchaus nicht moralisch schwer defekt zu sein; es besteht im Gegenteil meist ein auffälliges Mißverhältnis zwischen der Persönlichkeit, der Tat und ihren Motiven. In ähnlicher Weise ausgeprägt findet sich die geschilderte Veranlagung noch bei einer verhältnismäßig seltenen Gruppe von Brandstiftern, deren stets erneuten Taten jedes äußere Motiv zu fehlen scheint, so daß wir durch die Analogie zu den sexuellen Perversitäten, bei denen wir allein ein derartiges Verhalten kennen, auf einen innigen Zusammenhang mit dem Triebleben, vielleicht auch mit geschlechtlichen oder diesen ähnlichen Lustgefühlen hingewiesen werden. Die besondere Neigung zur Brandstiftung in der Pubertätszeit, während der Menses, sowie im Alkoholrausche, der bekanntlich die Geschlechtslust stark zu steigern pflegt, der häufig auffallend starke Geschlechtstrieb solcher Menschen, das gleichmäßige Auftreten von Brandstiftung und geschlechtlichen Verbrechen in epileptischen Dämmerzuständen deuten auf solche Beziehungen hin. Doch ist eine wirkliche Klärung dieser Fragen heute noch unmöglich.

Weniger ausgesprochen ist die geschilderte Charakterveranlagung bei den übrigen Brandstiftern; doch finden wir hier, soweit nicht Geisteskrankheit (moralischer und intellektueller Schwachsinn inbegriffen) oder äußere Motive die Tat erklären, abnorme gemütliche Veranlagungen. Einmal kann es sich um sehr reizbare und leidenschaftliche Menschen handeln, bei denen dann die Tat im schwersten Affekt oft unter Alkoholeinwirkung als richtige Augenblickshandlung zustande kommt. Oder aber ein hysterischer Charakter wird durch die Freude, eine Rolle spielen und andere in Angst und Schrecken versetzen zu können, zu stets erneuten Brandstiftungen verführt. Drittens handelt es sich bei einer großen Mehrzahl um jugendliche Individuen, meist weiblichen Geschlechts, bei denen Heimweh oder ähnliche Motive der Anlaß zu dem Verbrechen werden. Es sind weichmütige, ängstliche und vor allem ausgesprochen kindliche Persönlichkeiten, die zum erstenmal in der Pubertätszeit in eine fremde Umgebung, in abhängige Stellung gelangen und nun unter dem Drucke verzweifelten Heimwehs Feuer legen, da ihr eingeengter Gesichtskreis keinen anderen Ausweg zu finden vermag. Ähnliches kommt auch bei Erwachsenen mit entsprechender Veranlagung vor, bei den hysterischen oder ihnen nahestehenden Charakteren. Denn auch hier findet sich starke Labilität des Gemütslebens mit Neigung zu heftigen Gefühlsausbrüchen


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und völliger Abhängigkeit vom Augenblick. Zum Unterschied von den wirklichen Affekthandlungen haben wir es hier mit wohlüberlegten Taten zu tun, die nur dem Drange entspringen, um jeden Preis ein Ende zu machen, koste es, was es wolle, da die Kranken völlig unfähig sind, einer verzweifelt scheinenden Situation ruhig ins Auge zu blicken. Als Beleg für diese Gruppierung brachte Vortr. eine Reihe von Beispielen in kurzem Auszuge.

Keine Diskussion.

Chr. Müller-München: Die verschiedenen Arten und die Entstehung des Tremors.

Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.

Keine Diskussion.

Die noch auf der Tagesordnung stehenden Vorträge *Wittermann*-München: „Beiträge zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten" und *Specht*-München: „Zur Psychologie hysterischer Ausfallserscheinungen" mußten in Anbetracht der vorgerückten Zeit ausfallen.

Sodann begrüßt der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing die dem Verein heute neu beigetretenen Herrn, spricht ferner den Vortragenden sowie Herrn Prof. *Kraepelin* für die bewiesene Gastfreundschaft den Dank des Vereins aus und schließt hierauf die Versammlung.

Brandl-Eglfing, *Isserlin*-München.

16. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig am 5. Juli 1909.

Anwesend waren: *Rabbas*-Neustadt W.-Pr., *Hermes*-Neustadt, *Hantel*-Neustadt, *Herse*-Schwetz, *Braune*-Conradstein, *Birnbaum*-Conradstein, *Kurrer*-Conradstein, *Rothamel*-Danzig, *Boege*-Danzig, *Frank*-Danzig, *Wallenberg*-Danzig, *Lebram*-Danzig, *Eschricht*-Danzig, *Farne*-Danzig, *Siemens*-Lauenburg, *Hieronymus*-Lauenburg, *Pieszczek*-Lauenburg, *Taubert*-Lauenburg, *Deutsch*-Lauenburg, *Merklin*-Treptow a. R., *Tomaschny*-Treptow, *Ermisch*-Treptow, *Winkler*-Owinsk, *Kayser*-Dziekanka, *Freymuth*-Zoppot, *Meyer*-Königsberg, *Kürbitz*-Königsberg, *Goldstein*-Königsberg, *Havemann*-Tapiau, *Bogusat*-Tapiau, *Unruh*-Tapiau, *Titius*-Allenberg, *Krebs*-Allenberg, *Steinert*-Speichersdorf, *Boldt*-Graudenz, *Warschauer*-Hohensalza.

Der Vorsitzende *Rabbas* begrüßt die Versammlung nach Eröffnung der Sitzung um 11 Uhr. Als Versammlungsort für 1910 wird von *Meyer* Königsberg vorgeschlagen, und zwar im Anschluß an die dort tagende Naturforscher-Versammlung. *Siemens* bittet in Rücksicht auf die im Oktober 1910 in Berlin im Anschluß an den internationalen Kongreß für



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychiatrie stattfindende Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie an Danzig und der üblichen Zeit festzuhalten, um dem Besuch keiner der beiden Versammlungen bei der sonst kurzen Aufeinanderfolge Abbruch zu tun.

Der Antrag *Siemens* wird angenommen. Auf Vorschlag des Vorsitzenden werden als Geschäftsführer für 1910 gewählt: *Rothamel*-Danzig und *Wallenberg*-Danzig.

Der Vorsitzende legt den Kassenbericht für 1908/09 vor; derselbe wird genehmigt. Der Beitrag für 1910 wird auf 1 Mark festgesetzt.

Meyer-Königsberg stellt den Antrag, in Zukunft den Anfang der Versammlung auf 10 Uhr festzusetzen, da in den letzten Jahren die zur Verfügung stehende Zeit für die angemeldeten Vorträge nicht ausreichte.

Der Antrag wird angenommen.

Wallenberg-Danzig stellt eine Patientin mit Syringomyelie vor. Dieselbe bietet folgende Erscheinungen: Nystagmus nur beim Blick nach rechts, trophische Störungen der linken Hand, Atrophie der Interossei der rechter Hand bei Intaktheit der rechten Daumenmuskeln, Sensibilitätsstörungen — Schmerzempfindung und Temperatursinn — an der rechten Stirnseite, der oberen rechten Rumpfhälfte, an rechtem Arm und rechten Hand, Atrophie der rechten Zungenhälfte und rechtsseitiger Rekurrenslähmung. Das Interessante des Falles liegt darin, daß sich die den genannten Störungen zugrunde liegenden Krankheitsherde scharf lokalisieren lassen. Der eine Herd sitzt im 7. und 8. Hals- und Brustsegment. Er betrifft vornehmlich das linke Vorderhorn und zieht hinüber nach dem rechten Hinterhorn. Der andere Herd hat seinen Sitz im ventralen Teil der Medulla oblongata, wo er den ventralen Teil der spinalen Trigeminuswurzel mitgetroffen hat. *Wallenberg* illustriert den Fall durch anatomische Präparate (Querschnitte durch Medulla und Oblongata), die er vor etwa 14 Jahren an einem Kinde mit ähnlichen Erscheinungen gewonnen hat.

Tomaschny-Treptow und *Meyer*-Königsberg: Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. (Referat). — In diesem Hefte S. 845 ff. veröffentlicht.

Diskussion. — *Mercklin*-Treptow bezweifelt nicht, daß die von den Referenten angeführten subjektiven und objektiven Symptome in ihrer Mehrzahl zum Krankheitsbild der Dementia praecox gehören, hält jedoch zum Vergleich ausgedehnte Untersuchungen bei Degenerierten über die Verbreitung der sogenannten funktionellen Degenerationszeichen für wünschenswert, die sich zum Teil mit den von den Referenten bei Dementia praecox festgestellten subjektiven und objektiven Begleiterscheinungen decken.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meyer-Königsberg schließt sich der Anregung *Mercklins* an und hält eine Feststellung der funktionellen resp. degenerativen körperlichen Erscheinungen beim manisch-depressiven Irresein für erwünscht, um das Vorkommen solcher Erscheinungen bei der Dementia praecox noch klarer bewerten zu können.

Siemens-Lauenburg teilt mit, daß in kurzem aus der Anstalt Lauenburg eine Arbeit über eine Anzahl dieser Degenerations-Psychose-Fälle erscheinen wird.

Taubert-Lauenburg: Über periodische Indikanurie beim manisch-depressiven Irresein.

Vortragender berichtet nach Besprechung der Untersuchungen von *Pilcz*, *Kaufmann* und *Seige* über einen 82jährigen Patienten, der seit 30 Jahren an manisch-depressivem Irresein erkrankt ist und sich seit 15 Jahren in fortwährendem Wechsel zwischen tiefen Depressionen und hohen manischen Erregungen ohne freie Intervalle befunden hat. Bei dem Patienten hatte in der Manie regelmäßig eine starke Ausscheidung von Indikan stattgefunden, die in den Depressionen fehlte. Die Indikanurie ging dem Phasenwechsel oft voraus, einmal um zwei Tage, so daß der Umschlag der Depression in die manische Phase vorhergesagt werden konnte. Zuweilen erfolgte auch ein Anteponieren der psychischen Erregung vor der Indikanurie. Diese ließ sich durch Darmantiseptika und eiweißarme Diät nicht bekämpfen. Vortr. hält es für wahrscheinlich, daß Indikanurie bei Psychosen auf direkter Beeinflussung des Zentralnervensystems beruht, und daß Indikanurie und Erregung ihre gemeinsame Wurzel in der unbekannten Ursache des manisch-depressiven Irreseins haben.

Mercklin-Treptow: Bemerkungen zur Paranoiafrage.

M. geht von der Abgrenzung des Paranoiabildes durch *Kraepelin* aus, welchem das Verdienst zukommt, zwischen dem paranoischen bzw. paranoiden Symptomkomplex (gelegentliches Zustandsbild mehr oder weniger systematisierter Wahnvorstellungen) und der Paranoia als eigenartiger Krankheitsform (allmählige Entwicklung dieses Symptomenkomplexes bis zur unerschütterlichen Feststellung und progressiven Ausbildung) streng unterschieden zu haben. Das Paranoiabild nach *Kraepelin* ist zurzeit noch keine einheitliche Krankheit, umspannt eine Gruppe von psychopathischen Entwicklungsformen. Weitere Aussonderungen werden erfolgen, doch erscheint es zurzeit unmöglich, die Paranoia etwa einfach zwischen dem manisch-depressiven Irresein und den paranoiden Formen der Dementia praecox aufzuteilen. Es bleibt immer ein Rest eigenartiger endogener wahnbildender Krankheitsvorgänge, für welche an der Bezeichnung Paranoia


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

festzuhalten ist. Diese Krankheitsbilder sind in den Anstalten — aber auch außerhalb derselben! — sehr selten, zudem bestehen noch offenbar durch den Volkscharakter bedingte Abstufungen der Seltenheit. In Treptow wurde auf etwa 200 Neuaufnahmen je ein Fall von Paranoia beobachtet. — Die Paranoia hat ihre Wurzel in der psychopathischen Konstitution, entwickelt sich nach *M.*s Material immer aus einer solchen. Es erscheint daher nicht angängig, zwischen der Paranoia bei Degenerierten und bei Nichtdegenerierten zu unterscheiden. Die psychopathische Konstitution trägt hier nicht immer manifest den paranoischen Charakter, doch machen es gewisse Beobachtungen über Latenz und Hervortreten der paranoischen Züge wahrscheinlich, daß ein „*paranoischer Keim*" in den meisten Fällen schon vorgebildet ist. Die Begründung der Paranoia in der hereditären psychopathischen Konstitution macht die nahen Beziehungen derselben zu hysterischen, hypochondrischen und querulierenden Symptomenkomplexen verständlich (das alte „Hervorgehen der Paranoia aus Hysterie, aus Hypochondrie"). — Die psychologische Architektonik der Paranoia wird voraussichtlich noch lange nicht voll entschleiert werden können, weil ein großer Teil der für die Krankheitsentwicklung wichtigsten Vorgänge sich im Unbewußten vollzieht und von dem Kranken nicht beschrieben werden kann. Stark affektbetonte Vorstellungskomplexe, welche weit zurückliegen können, bestimmen die *Wahnrichtung*. Das Erhaltenbleiben der Intelligenz bedarf noch weiterer Untersuchungen. Welche produktiven Leistungen können noch vollzogen werden?

M. sieht als *einfachsten Typus* der Paranoia den *chronischen kombinatorischen Verfolgungswahn* an. Die mit Größenideen beginnenden und verlaufenden Fälle sind in bezug auf den Entwicklungsmodus und das Verhalten der Sinnestäuschungen eigenartig. — Der Querulantenwahn ist ein Sammelbegriff. Ganz dem Paranoiatypus entsprechende Fälle hat *M.* in letzter Zeit nicht beobachtet. Es handelt sich entweder um Dementia praecox mit gestrecktem paranoiden Einleitungsstadium, um Hypomanie oder um eigenartige, zum Teil der Restitution fähige Entwicklungs- und Reaktionsformen psychopathischer Persönlichkeiten. (*Rüdin.*) Die chronische halluzinatorisch-paranoide Psychose der Schwerhörigen steht der Paranoia nahe, ist aber abzutrennen, weil ihre Wurzel nicht so deutlich in die psychopathische Konstitution zurückführt und das Wahnsystem sich durch seinen monotonen, wenig progressiven Charakter auszeichnet. Eine andere große Gruppe ebenfalls mit andauernden Halluzinationen und langem Erhaltenbleiben der Intelligenz bedarf weiterer Klärung. Bei manchen von diesen Fällen findet sich schließlich doch ein alkoholischer Ursprung, und sie scheiden vollkommen aus.

M. glaubt nach seinen Beobachtungen, daß auch bei der Paranoia ganz *allmähliche Übergänge* von der *paranoischen Kon-*



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stitution zur ausgesprochenen Paranoia hinüberführen. Es gibt Menschen, die sich sozusagen ihr ganzes Leben lang auf dem Wege zur Paranoia befinden. Bei ihnen können akute Schübe zur Entwicklung kommen, welche ohne Zwang als „abortive bzw. rudimentäre Paranoia" aufgefaßt werden dürfen. Im Intervall ist der paranoische Charakter noch deutlich nachzuweisen. Die zuletzt von *Birnbaum* für die degenerative restitutionsfähige Wahnpsychose betonten Sondermerkmale waren hier in mehreren von *M.* gesehenen Fällen nicht vorhanden, manisch-depressives Irresein war auszuschließen. Fehldiagnosen sind hier sehr häufig, da sich ganz der Beginn der chronischen Paranoia abzuspielen scheint. — Auch für die chronischen Fälle bedarf es zurzeit noch der Kenntnisnahme eines länger ausgespannten Lebens- bzw. Krankheitsverlaufs, bevor die Paranoiadiagnose ohne Vorbehalt gestellt werden kann.

Diskussion. — *Meyer*-Königsberg schließt sich in vielem dem Vortragenden an, möchte aber betonen, daß der Querulantenwahn im Sinne der strengen Paranoia doch häufiger sei, als Vortragender annimmt. Es liegt das wohl an örtlichen Verhältnissen. Der Querulantenwahn und ähnlich der nicht alkoholische Eifersuchtswahn nehmen ja eine besondere Stellung infolge ihres umgrenzten Wahnkomplexes ein, stehen gewissermaßen als Übergangsfälle von der psychopathischen Konstitution zur Paranoia da, entsprechen aber oft in der weiteren Entwicklung durchaus der Paranoia. Wie Vortragender will auch *Meyer* die Paranoia nicht in dem manischdepressiven Irresein aufgehen lassen. Beide erwachsen auf der krankhaften Veranlagung. Bei manisch-depressivem Irresein ist die Affektstörung in dem krankhaften Überwiegen von Lust und Unlust gegeben, bei der Paranoia in dauernd gesteigerter Affektivität, einer abnorm leichten Ansprechbarkeit der Affekte, ohne daß eine besondere Affektlage von vornherein vorherrscht.

Rothamel-Danzig bestätigt die Seltenheit der Paranoia in der Armee und sieht einen Grund für die anscheinende Seltenheit derselben nach seinen militärärztlichen Erfahrungen unter Hinweis auf einen Spezialfall darin, daß paranoische Soldaten sehr schwer ihre Wahnideen preisgeben.

Hantel.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleinere Mitteilungen.

Am 4. August cr. konnte der Landespsychiater der Rheinprovinz, Herr Geh. Sanitätsrat *Bernhard Oebeke* bei geistiger und körperlicher Rüstigkeit das fünfzigjährige Doktorjubiläum feiern. Geboren am 30. August 1837 in Aachen, widmete er sich schon bald nach Beendigung der medizinischen Studien der Psychiatrie. Er trat am 15. August 1859 als Assistenzarzt in die damals von *Richartz* geleitete Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Endenich (Bonn), deren Leitung er dann 1872 übernahm, und an der er auch jetzt noch, nachdem er die Leitung vor etwa 20 Jahren abgegeben, als Konsiliarius usw. tätig ist. Er konnte somit am 15. August cr. auch auf eine 50 jährige Tätigkeit in der Anstalt zurückblicken und durfte sich sagen, daß das Blühen und Gedeihen derselben bis auf den heutigen Tag im wesentlichen sein Werk ist. Als die Rheinprovinz — darin wie in so manchem anderen den übrigen Provinzen Preußens voraus — vor etwa 14 Jahren sich entschloß, zur Förderung des Irrenwesens einen eigenen Landespsychiater zu berufen, fiel die Wahl des Provinziallandtages auf *Oebeke*. Die Reorganisation und der weitere Ausbau des Irrenwesens der Rheinprovinz gaben *Oebeke* somit Gelegenheit, sein reiches Wissen und seine praktische Befähigung auch auf größerem Gebiet zu betätigen. Daß die Rheinprovinz ihren alten Ruf, in Psychiatrie und Irrenpflege in erster Linie zu marschieren, auch heute noch wahr macht, ist wenigstens zum großen Teil *Oebeke* zu verdanken. Die Anerkennung seitens der Mitwelt ist ihm daher auch nicht versagt geblieben. Er ist im Besitz von zahlreichen Ehrenämtern, die er mit der ihm eigenen Gewissenhaftigkeit auch regelmäßig ausübt. Trotz dieser regen Tätigkeit fand *Oebeke* noch Zeit, sein Wissen und Können auch für die Allgemeinheit nützlich zu machen. Dafür sprechen zahlreiche Abhandlungen, die seiner Feder entstammen, und die zum Teil auch in dieser Zeitschrift zum Abdruck kamen. Wir wünschen von Herzen, daß wir nach weiteren 10 Jahren berichten können, daß *Oebeke* in voller geistiger und körperlicher Rüstigkeit sein 60 jähriges Jubiläum gefeiert hat.

U.

Direktor *Gustav Major*, bisher in Berlin-Zehlendorf, hat im April d. J. ein med. päd. Kinderheim Sonnenblick in Zirn-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

d o r f bei Nürnberg eröffnet, das Schule, Heilstätte und Heimathaus solchen Knaben, Mädchen und Jugendlichen sein will, die wegen Regelwidrigkeiten, Störungen, vorübergehender oder dauernder Schwächen des Zentralnervensystems oder des Seelenlebens nicht recht für das Leben in der Gesellschaft und für den Unterricht in der öffentlichen Schule taugen, die aber doch noch, wenn auch schwer, bildsam und erziehbar sind.

N e k r o l o g *Franz Meschede.* — Am 30. Juli 1909 verschied in seiner Heimat Westfalen ein Mann, den die jüngere Generation der Psychiater kaum noch kannte, und der es doch reichlich verdient, nicht vergessen zu werden: Prof. Dr. *Franz Meschede*, bis vor kurzem Direktor der psychiatrischen Klinik in Königsberg i. Pr. Sein Lebensgang war ein einfacher. Geboren 1832 als Sohn eines Gutsbesitzers, besuchte er das Gymnasium zu Paderborn und die Universitäten zu Greifswald und Würzburg. Er war ein Musterschüler und Musterstudent und absolvierte alle Examina mit der ersten Zensur. Besondere Anregungen empfing er von *Virchow*, daher seine spezielle Vorliebe für die pathologische Anatomie und das Mikroskop. *Bardeleben* war er dadurch nahegetreten, daß ihm jener sein berühmtes Lehrbuch der Chirurgie diktierte, weil *M.* eine sehr schöne Hand schrieb. 1856 promovierte er in Greifswald und lieferte eine gekrönte Preisarbeit. 1857 war er 2. Arzt an der westpreußischen Irrenanstalt und am Landkrankenhause zu Schwetz. Bis 1873 blieb er in dieser Stellung, um dann 1873 einem Rufe als Direktor des städtischen Krankenhauses nach Königsberg i. Pr. zu folgen. 1875 habilitierte er sich hier für das Fach der Psychiatrie, 1888 erhielt er den Titel Professor, 1895 die Stellung eines ao. Professors der Psychiatrie und Direktors der in dem Krankenhause neubegründeten psychiatrischen Klinik, 1903 ward er in den wohlverdienten Ruhestand versetzt mit dem Titel: Geh. Med.-Rat. Aus alter Anhänglichkeit blieb er aber weiter in Königsberg und las noch verschiedene psychiatrische Kollegien. Bis fast zuletzt besuchte er alle Naturforscherversammlungen, ebenso verschiedene Kongresse, insbesondere die internationalen medizinischen zu Rom, Moskau, Paris, und hielt hier stets Vorträge, wie er denn auch bis zuletzt den heimatlichen medizinischen Vereinen treu blieb. Bis in sein hohes Greisenalter war er fast stets gesund. Nur litt er zuletzt an hochgradiger Arteriosklerose, die ihn schließlich nirgends mehr hinkommen ließ; er ertrug sein ziemlich langes Leiden mit philosophischem Gleichmut, und als er den Tod herannahen fühlte, siedelte er, schon schwerkrank, am 28. Juli nach Münster i. W. über, wo er 3 Tage später in der Familie seiner Verwandten verschied.

Sein Fleiß war von jeher ein außerordentlich großer. Bereits als Student betätigte er sich wissenschaftlich, und seitdem hat er eine große Reihe von Arbeiten, hauptsächlich klinischen, psychiatrischen, pathologisch-anatomischen, chirurgischen und forensen Inhalts in verschiedenen




Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fachzeitschriften und Archiven veröffentlicht, besonders in *Virchows* Archiv, der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, der Deutschen Klinik. der Berliner klinischen Wochenschrift, dem Zentralblatt für medizinische Wissenschaft, der Vierteljahrsschrift von *Leidesdorf* und *Meynert*, der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, den Verhandlungen der Versammlungen der Naturforscher und Ärzte aus den Jahren 1865—1903 usw. 1895 schrieb er eine Broschüre über den Entwicklungsgang der Psychiatrie. Hier will ich nur die Arbeiten erwähnen, die in dieser Zeitschrift im Original oder als Referat abgedruckt sind: Über Neubildung grauer Hirnsubstanz in den Wandungen der Seitenventrikel usw., Bd. 21, 48; Über einen Fall von Hirn-Osteom und Ventrikelbildung im Ammonshorn, Bd. 22, 415; Über die paralytische Geisteskrankheit und deren anatomische Grundlage, Bd. 22, 445; Über Heterotopie grauer Hirnsubstanz im kleinen Gehirn, Bd. 25, Anhang; Über das Vorkommen von Helmintheneiern im Gehirn des Menschen, Bd. 26, 715; Über krankhafte Fragesucht, Phrenolepsia erotematica, Bd. 28, 390; Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie, Bd. 29, 1; Über die der paralytischen Geisteskrankheit zugrunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen, Bd. 29, 587; Über Verfolgungswahnsinn im frühen Kindesalter, Bd. 30, 89; Zur pathologischen Anatomie des Besessenheitswahns. Bd. 30, 109; Über eine eigentümliche Form antagonistischer und konträrer Zwangsbewegungen, Bd. 31, 711; Über Texturanomalien der Pyramiden des verlängerten Marks, Bd. 33, 172; Pathologisch-anatomische Mitteilungen bei halluzinatorischem Irresein, Bd. 34, 261; Über einen eigentümlichen neuropathischen Zustand, Bd. 36, 474, Außerdem finden sich Referate über seine Arbeiten in den Bänden 37, 38, 45, 48. Ausgezeichnet und sehr viel Arbeit verursachend waren seine Jahresberichte des städtischen Krankenhauses in Königsberg. Was *Meschede* von allen Psychiatern unterschied, war seine eigenartige Stellung als Krankenhausdirektor und Leiter der inneren Abteilung, der er seine besten Kräfte widmete. So blieb er mit den meisten Zweigen der Medizin in näherem Kontakt, um freilich dadurch die Psychiatrie mehr in den Hintergrund treten zu lassen, trotzdem er eine besondere, ziemlich frequentierte Abteilung für Psychosen hatte, der er sein spezielles Interesse widmete. Als aus dieser Abteilung dann die neubegründete psychiatrische Klinik erwuchs und er deren erster Direktor ward, befaßte er sich wieder intensiver mit seinem eigentlichen Fache, sammelte um sich einen Kreis von Schülern, und aus seiner Klinik gingen verschiedene gute psychiatrische Arbeiten aus. Sein wissenschaftliches Werk ward durch Ernennung zum Ehren- und korrespondierendem Mitglied verschiedener auswärtiger wissenschaftlicher Gesellschaften anerkannt. Er war einer der Pioniere der wissenschaftlichen Psychiatrie und der Anwendung des Mikroskops in unserer Disziplin. Als solcher wird er mit Recht weiter fortleben. Hat er



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doch unter anderem die pathologische Anatomie der Gehirnrinde, speziell der Ganglienzellen mit begründen helfen!

Nun über ihn als Menschen noch einige Worte. Ich war von Ostern 1878 bis 1879 sein Assistenzarzt und trat ihm somit näher, hatte auch das Glück, sehr bald sein Vertrauen und seine Freundschaft zu gewinnen, die er mir bis zuletzt bewahrte. Er war ein echt westfälischer Bauernkopf mit seinen Licht- und Schattenseiten. Fest in seinen Zielen, oft zu hartnäckig. Er war Junggeselle und als solcher zeigte er die bekannten Eigentümlichkeiten oder akzentuierte dadurch noch mehr eingeborene. So kam es, daß es nicht immer leicht war, mit ihm auszukommen, und viele stieß er vor den Kopf, aber mit seiner vorgesetzten Behörde stand er sich stets gut. Unablässig für das Wohl seiner Kranken tätig, entwickelte er ein bedeutendes organisatorisches Talent und verstand es, trotz sehr geringer Mittel, im Krankenhause allmählich immer mehr Verbesserungen anzubringen. Dort, unter seiner Ägide, lernte ich mit wenigem auszukommen. Königsberg ist eine arme Stadt, und die dem Krankenhause bewilligten Mittel waren sehr knapp, daher sich eine Art von Praxis pauperum nötig machte. Trotzdem und trotz sehr ungünstiger hygienischer Verhältnisse in dem alten Gebäude waren die Erfolge der Krankenhausbehandlung kaum schlechter als die der inneren, prachtvoll und reich ausgestatteten Universitätsklinik unter *Naunyn*. Auch das soll ihm unvergessen sein! *Meschede* war ein kluger Kopf, wie schon seine Denkerstirn zeigte. Er war ein logischer Denker, scharfer Beobachter und schrieb einen ungewöhnlich schönen Stil, worauf er mit Recht stolz war. Wen er einmal in sein Herz geschlossen hatte, dem blieb er ein treuer Freund und Helfer, und die Kranken insbesondere hatten ihn sehr gern. Er interessierte sich für sehr viel, war gedanken- und wissensreich, aber infolge großer Beweglichkeit in seiner Ausdrucks- und Gesprächsweise oft abrupt, woran sich die wenigsten gewöhnen konnten. Dem Fernerstehenden machte er den Eindruck eines Zerfahrenen, und doch zeigen seine Arbeiten allein schon das Gegenteil. Daß durch das Mißverstehen der Andern in ihm mit der Zeit sich Mißtrauen herausbildete, war nur natürlich. Er ließ nur wenige in sein warmes inneres Gefühlsleben hineinsehen, und dann war man erstaunt über das geradezu kindliche Gemüt, das sich einem offenbarte. Als Mensch im ganzen genommen, gehörte er zu den Aufrechten, Geraden, und diese sind bekanntlich dem Durchschnittsmenschen nicht immer bequem. Er war entschieden ein hervorragender Mensch und Gelehrter, und es ist vielleicht nur zu bedauern, daß er so lange Jahre als Direktor eines städtischen Krankenhauses seine besten Kräfte opfern und so der Psychiatrie abziehen mußte. Er hat aber wahrlich auch für sie genug geleistet, und sein Name wird sicher in der Geschichte der Psychiatrie einen ehrenvollen Platz einnehmen. Aus diesem Grunde und ebenso als dankbarer Freund und Schüler rufe ich ihm ein: have pia anima! nach.

P. Näcke.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Aus dem Verein ist die Psychiatrische Klinik zu München ausgetreten. —

Wiederholt habe ich neuerdings erfahren, daß Anstalten, welche nach dem letzten Druck des Verzeichnisses in den Verein eingetreten sind, nur eine Minderzahl der ihnen zukommenden Berichte erhalten. In der Tat ist es nicht zu erwarten, daß die einzelnen Anstalten ihr Verzeichnis nach den in dieser Zeitschrift zerstreuten Mitteilungen über den Eintritt weiterer Anstalten auf dem Laufenden halten. Ich bitte daher vor der Versendung jedes Berichts mir Mitteilung zu machen, damit ich die nötigen Adressenstreifen mit den erforderlichen Ergänzungen einsenden kann. Nur so können die Neueintretenden von Anfang an alle Berichte erhalten, auf die sie Anspruch haben.

Hans Laehr.

Personalnachrichten.

Dr. *Ad. Dannemann*, ao. Prof. u. Oberarzt in Gießen, wurde vom großherz. Ministerium mit der Wahrnehmung der dienstlichen Verrichtungen eines psychiatrischen Hülfsarbeiters in der Abt. f. öffentl. Gesundheitspflege beauftragt.

Dr. *Otto Gutekunst*, bisher in Weinsberg, ist Oberarzt in Zwiefalten,

Dr. *Hugo Sayler* Oberarzt in Weinsberg,

Dr. *Eichelberg*, Priv.-Doz., Oberarzt an der Nervenklinik in Göttingen geworden.

Dr. *Alfr. Busch*, Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik in Tübingen, und

Dr. *Karl Kleist*, Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik in Erlangen, haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Al. Margulies*, Priv.-Doz. in Prag, und

Dr. *Paul Schroeder*, Priv.-Doz. in Breslau, sind ao. Professoren,

Dr. *Emil Carp*, Kreisarzt u. Arzt an der Hohehaus-Stiftung zu Wesel, ist Geh. Medizinalrat geworden.

Dr. *Otto Habermaas*, San.-Rat in Stetten, ist zum ärztl. Mitglied des Vorstandes der Versicherungsanstalt Württemberg u. zum Medizinalrat ernannt worden.

Dr. *Joh. Bresler*, Oberarzt in Lublinitz, ist zum korresp. Mitglied des Wiener Vereins für Psych. u. Neurol. ernannt worden u. hat das Offizierskreuz des österr. Franz-Josephordens u. das Ritterkreuz des spanischen Ordens Isabellas der Katholischen erhalten.

Dr. *Franz Meschede*, Geh. Med.-Rat, ist am 30. Juli in Münster im 77. Lebensjahre gestorben.

Dr. *K. Link*, Med.-Rat, ehemaliger Dir. der niederbayrischen Anstalt zu Deggendorf, ist gestorben.

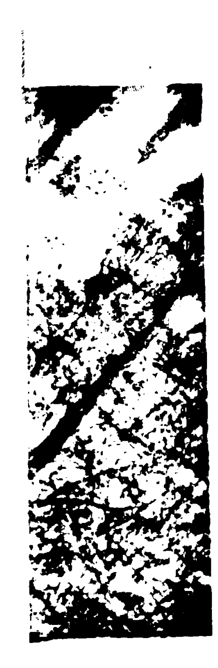


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel I



Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Klinische Beiträge zur Frage des Degenerativen-Irreseins[1].

Von
Oberarzt Dr. **Luther.**

Nachdem seinerzeit durch die zunächst vielfach angegriffenen, später aber allgemein anerkannten Arbeiten von *Ganser* und *Raecke* die eigenartigen Verwirrtheits- und Stuporzustände bei Strafgefangenen in eine neue Beleuchtung gesetzt waren, wurde in den letzten Jahren durch eine Reihe von Arbeiten von *Rüdin*, *Bonhoeffer*, *Siefert*, *Wilmanns*, *Birnbaum* und *Risch* das Interesse an der Frage nach den „Gefängnispsychosen" und damit nach dem Irresein der Degenerativen überhaupt neu erweckt.

Da die „Degenerationspsychosen" durch die ihre Entstehung besonders begünstigenden Verhältnisse der Haft in den Gefängnissen am häufigsten und gehäuftetsten vorkommen, sind die hier entstandenen Formen, die Gefängnispsychosen im engeren Sinne, in der neueren Literatur am meisten behandelt und am besten beschrieben worden. Man wird deshalb mit Vorteil bei jeder Behandlung von Fragen, die das Degenerativen-Irresein überhaupt betreffen, von diesen Formen ausgehen und sich an die sie behandelnden Arbeiten anlehnen.

Über den Begriff Entartung herrscht im wesentlichen eine Übereinstimmung der Autoren; eine recht prägnante Definition dafür gibt *Wilmanns*, der darunter versteht: „die Summe der minderwertigen Variationen des Menschen auf geistigem und körperlichem Gebiet, minderwertig oft vom Standpunkt des Individuums, stets im Hinblick auf die Rasse."

Unter dem Degenerativen-Irresein versteht man alle die psychotischen Episoden Entarteter, die sich entweder als eine pathologische

---

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt Lauenburg i. P., Direktor Geh. Medizinalrat Dr. *Siemens*.

Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Reaktion auf gewisse psychische Reize und Schädigungen oder als krankhaft gesteigerte Äußerungen einer pathologischen Charakterveranlagung darstellen, und die sich nach der Art ihrer Entstehung und nach ihrem Verlauf von dem Manisch-Depressiven-Irresein, der Dementia praecox und der Epilepsie abgrenzen lassen.

Als Gesichtspunkte für die Klassifizierung der einzelnen Entartungsformen, soweit eine solche bei den vielen Variationen und Übergängen überhaupt möglich ist, können wir die Stufe der geistigen Entwicklung des Einzelindividuums oder besonders hervortretende „Stigmata" oder Syndrome" im Sinne *Magnans* verwenden, vielfach wird man beide Momente gleichzeitig zu berücksichtigen haben. Da aber Begriffe wie Idiotie, Imbezillität, Debilität, Instabilität mehr weniger willkürliche, aus praktischen Gründen vorgenommene Einteilungen nach Graden der geistigen Entwicklung darstellen, da ferner die Syndrome nur krankhafte Steigerungen und Äußerungen einer bestehenden pathologischen Charakterveranlagung sind, so ergibt sich schon aus dieser theoretischen Erwägung die Unmöglichkeit, bei den Psychosen der Degenerativen klinisch einheitliche Krankheitsbilder umschreiben zu können. Man muß sich vielmehr, wie *Wilmanns* ausführt, damit begnügen, gewisse „Symptomenkomplexe" und „Typen" aufzustellen, um sich in dem Wirrwarr der Entartungsbilder verständigen zu können. Während wir bei den Verblödungsprozessen, der Dementia praecox und der Epilepsie dadurch ein wesentliches diagnostisches Hülfsmittel erhalten, daß wenigstens in den Endzuständen infolge der Vernichtung der ursprünglichen Persönlichkeit durch die Krankheit eine große Gleichmäßigkeit besteht, fehlt uns hier diese Erscheinung naturgemäß völlig, es gibt hier eben keine Endzustände, die psychotischen Zustände sind grade Ausflüsse der eigenartigen pathologischen Persönlichkeit.

Zur Orientierung über den in dieser Arbeit vertretenen Standpunkt in der Hysteriefrage habe ich zu bemerken, daß ich mit *Birnbaum*, *Gaupp*, *Wilmanns* u. a. eine Abtrennung der Hysterie als einer einheitlichen Krankheitsform von den übrigen Degenerationsformen nicht für angebracht halte. Die Übergänge des hysterischen Entartungstypus zu den anderen Entartungszuständen sind durchaus fließend, die Unterscheidung, wo man das hysterische Moment als Grundsymptom, wo als Begleitsymptom auffassen soll, ist willkürlich.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Selbst *Risch*, der eine strenge Scheidung zwischen Psychogenie und Hysterie durchführen will, widerspricht sich insofern selbst, indem er z. B. von den „psychogenen Delirien“ sagt, daß sie ihm den Übergang zu den rein hysterischen Symptomenkomplexen zu bilden scheinen.

Zu erörtern hätte ich ferner noch, da das von mir herangezogene Material zu einem Teil aus Imbezillen besteht, die Frage nach der klinischen Bedeutung der bei der Imbezillität vorübergehend auftretenden psychotischen Zustände. Da ich Angaben von deren Häufigkeit nirgends fand, will ich, um zu zeigen, daß sie recht häufig sind, zwei Zahlen anführen.

Bei einer Zusammenstellung, die ich an einer Anstalt, an der ich früher tätig war, zu einem andern Zweck machte, fanden sich unter 58 weiblichen Imbezillen 28 Fälle, bei denen sich, trotzdem sie in ihren ruhigen Zeiten Unterschiede von den anderen nicht boten, vorübergehend, und zwar meistens periodisch wiederkehrend, derartige psychotische Zustände einstellten. Als solche waren zu vermerken plötzliche impulsive Erregungen, Verstimmungszustände mit vereinzelten paranoiden Vorstellungen, Angstzustände mit und ohne Sinnestäuschungen, halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände, Stupor mit hysterischer Färbung sowie sonstige hysteriforme Symptomenkomplexe. Ziemlich häufig bestand eine enge Beziehung zur Menstruation.

Von 30 an der hiesigen Anstalt beobachteten männlichen Imbezillen waren nur 14 frei von ausgesprochenen psychotischen Störungen.

Bei der Wertung dieser Zustände stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Einmal kann man, wie *Kräpelin* es tut, „eine Verbindung mit anderweitigen Störungen annehmen“, die dann „vielfach dem bekannten Formenkreis des Entartungsirreseins angehören“, oder man kann der Ansicht sein, die z. B. *Geist* bei den „affektiven Psychosen“ der Imbezillen vertritt, daß sie nämlich die Folgen des auch den Schwachsinn ursprünglich bedingenden Prozesses sind; man müßte sie in diesem Fall gewissermaßen als ein Wiederaufflackern auffassen. In vereinzelten Fällen von Idiotie, wo nach schweren psychotischen Zuständen eine weitere deutliche geistige Abschwächung sich zeigte, hat sich auch mir diese letztere Auffassung aufgedrängt. Bei den epileptischen Imbezillen und denjenigen weiter verblödenden Fällen, die er als Dementia praecox deutet, teilt auch *Kräpelin* diese Ansicht. In allen den Fällen jedoch, wo eine interkurrente psychische Störung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine weitere geistige Abschwächung hervorruft, sehe ich mich, wie auch *Kräpelin* es tut, zu der Annahme von „Syndromen" gezwungen, denn ich kann mir nicht gut vorstellen, daß das Aufflackern eines Krankheitsprozesses, der ursprünglich zu dauerndem Schwachsinn geführt hat, nicht auch später eine weitere Verblödung hervorrufen sollte. Mit dieser Annahme wäre also die überwiegende Mehrzahl der bei den Imbezillen interkurrent auftretenden psychotischen Zustände zum Degenerativen-Irresein zu rechnen.

In der vorliegenden Arbeit, die als ein kasuistischer Beitrag gedacht ist, verwerte ich männliche Kranke, die ich während eines 5 jährigen Zeitraumes in der hiesigen Anstalt selbst beobachten konnte. Während in den meisten Veröffentlichungen der letzten Zeit die in den Gefängnissen entstandenen Formen behandelt sind, will ich hier Fälle besprechen, die entweder überhaupt nicht kriminell geworden sind, oder bei denen die zu beschreibenden Zustände doch wenigstens in keinem Zusammenhang mit der Gefängnishaft stehen, mit einer Ausnahme (Fall IV), wo die Gefängniszeit der Vollständigkeit halber mit herangezogen werden mußte.

Ich beschränke mich auf die Besprechung zweier Gruppen; in der ersten behandle ich rein „psychogen" entstandene Formen bei Schwachsinnigen und bei geistig nicht Geschwächten. in der zweiten Gruppe bringe ich Zustände, bei denen periodische Stimmungsanomalien das Hervorstechendste sind. ebenfalls getrennt nach imbeziller und nichtimbeziller Grundlage.

Krankengeschichte 1 [1]). Arbeiter, 1883 geboren. Die Eltern sind Vetter und Base, der Vater ist Trinker, jähzornig und gewalttätig. In den Familien beider Eltern kommt angeborene Ptosis vor; der Vater, die Geschwister, der Patient selbst leiden daran. Die Eltern betreiben ein Hausiergeschäft, leben in ärmlichen Verhältnissen. Patient lernte spät reden und gehen. Er besuchte die Dorfschule, lernte etwas lesen und schreiben, wurde auch konfirmiert. In der Schmiedelehre wußte der Meister nichts mit ihm anzufangen, weil er „kein Gedächtnis zum Schmieden hatte". Die Beschäftigung des Patienten bestand seitdem

[1]) Diese und die folgenden Krankengeschichten sind mit Rücksicht auf den zur Verfügung stehenden Raum nach Möglichkeit gekürzt: aus den Befunden der körperlichen Untersuchung sind nur die positiven Resultate angeführt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darin, die Eltern auf den Hausierfahrten zu begleiten und für Wagen und Pferd zu sorgen.

Anfang Februar 1905 machte er eine Krankheit, wahrscheinlich Influenza, durch. Am 13. Februar kehrte er mit der Mutter von einer achttägigen Hausierfahrt heim. Bei der Rückkehr wurde er vom Vater wegen einer Klatschgeschichte heftig ausgescholten. In der Nacht bemerkte dann der Vater, daß der Sohn Licht angezündet hatte, auf einen Fetzen Papier starrte und fortwährend lachte. Er war dabei ganz verwirrt und konnte keine Auskunft über sein Wesen geben. Am nächsten Tage ging er zu seiner Großmutter, wollte bei dieser alles entzweischlagen. Er gehorchte den Eltern nicht mehr, wollte auch nichts von ihnen wissen, er sang, schimpfte und tobte, so daß er einmal einen Tag gefesselt werden mußte. Er sprach davon, daß die Teufel hinter ihm wären, wollte sich Pferd und Wagen kaufen, sprach von dem vielen Geld, das er hätte, „soviel Gold, als er schwer wäre". Nachts schlief er gar nicht, war auch einmal unsauber.

Am 24. Februar 1905 wurde er vom Vater in die Anstalt gebracht. Er fragte sofort den Arzt, „was soll ich hier in Schneidemühl, oder ist hier Konitz?", setzte sich auf einen Stuhl und schloß die Augen. Vom Vater verabschiedete er sich nur flüchtig. Er blieb dann zunächst dabei, in Schneidemühl zu sein. Daß er um 11 Uhr aus Le.. abgefahren und bald nach Mittag hier eingetroffen sei, wußte er, meinte dann aber auf die Frage, ob er so schnell nach Sch. kommen könne: „genau weiß ich nicht, ob ich in Sch. bin oder bin ich in Le..?". (Noch nie in Lauenburg gewesen?) „Schon oft." (Haben Sie es nicht wiedererkannt?) „Bin ich hier etwa in der Anstalt?" (In der Schule gut gelernt?) „Ja die Augen hab ich immer gesund gehabt, aber ich hab mit niemand was zu tun als mit dem lieben Gott." Geburtsjahr und Tag werden richtig angegeben, aber das Alter 2 Jahr zu hoch. (In der Lehre gewesen?) „Nein, ich bin nicht gewesen, ich bin bei meinem Vater zu Haus gewesen." (Was wollten Sie mal werden?) „Ich weiß nicht, ob ich noch mal was werden kann. Ich wollte mich ja ein paar Betten kaufen und ein paar Ponychens, aber ich hab kein Geld." — Lacht dabei vergnügt. (Was wollen Sie anfangen, wenn die Eltern tot sind?) „Ich weiß nicht, ob wir da noch Geld kriegen, ich hab mich darum nicht gekümmert. Ein Paar schwarze Rappen und eine Chaise wollte ich mir wünschen und die werd' ich auch kriegen, das weiß ich. Das andere kauf ich mir allein."

Patient zählt dann die Stationen, die er mit der Bahn berührt hat, richtig auf, sagt dann aber spontan: „ich bin hier in Konitz, kann auch sein in L.". (Wo in L.?) „In der Irrenanstalt." (Krank?) „Ja so wirr im Kopf seit 14 Tagen." (Ängstlich?) „Jetzt grade nicht." (Stimmen gehört?) „Ja allerlei, aber darüber red' ich lieber nicht." (Was war vor 14 Tagen?) „Da waren solche Leute, die wollten mich haben, das waren die Teufel. Da war ein Mann bei meinem Vater, den wollt' ich nicht haben.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nun bin ich kerngesund. Da war so'n schwarzer Hund, der biß mich in den rechten Fuß rein. Ich wollt' rechts herumgehen, ein anderer wollte links herumgehen." (Wer wollte links herumgehen?) „Ein Mann, der hatte sich ein Rasiermesser eingestochen, der wollt' mich mitnehmen. Dem H. soll ich Futter weggenommen haben, das ist nicht wahr, der H. ist der Teufel, mein Vater hat es gekauft für 90 Pf. Die Josephine gab mir Brot, da hat sie mir was eingemengt, da hat sie mir den Teufel eingegeben." (Wer ist J.?) „Die kennen Sie nicht, die ist bei uns. — Mein Vater und meine Geschwister sind auch hier, da hinten stehen sie." — Zeigt hinter das Nebenbett. (Ich sehe niemand!) „Doch, da sitzt mein Vater." — Zeigt auf einen anderen Kranken, will aus dem Bett auf ihn zu, wendet sich dann an den Arzt: „Nein, Sie sind mein Vater. Sind Sie nicht mein Vater?" (Wer bin ich?) „Mein Vater sind Sie!" (Wer bin ich?) „Ein Herr Dr. werden Sie wohl sein."

Auch später lief Patient noch mehrfach zu anderen Kranken und behauptete, sie wären sein Vater. Weinte vielfach, lachte auch dazwischen ganz vergnügt.

25. Februar. Nachts ruhig gelegen, aber viel gewacht. Weiß, daß er seit gestern hier ist, nennt das Datum richtig. (Wie ist das mit dem Teufel?) „Mit dem will ich nichts zu tun haben. Hier ist der liebe Gott. Wie Christus am Kreuz gelitten hat, so müssen wir auch leiden. 24 Wochen haben wir zu Haus gelitten." (Woran gelitten?) „Sie hatten mich gebunden. Ein Mensch, den nenn' ich nicht, das war der Schuster, das war der Teufel." (Wielange krank?) „Am Montag bin ich krank geworden, den 13 ten."

26. Februar. Geschlafen, gut gegessen. Am Tage mehrfach an andere Betten gegangen, behauptete, sein Vater läge darin. „Ich hab solche Angst. Ich erkenn ja keine Leute nicht, ich will nach Haus, mein Vater wollte mir doch abholen."

Körperbau kräftig, Aussehen infantil. Doppelseitige Ptosis, rechts stärker als links. Ohrmuscheln breit, an den Rändern verdickt. Hände blaurot verfärbt. Kopf wird schräg nach hinten gebeugt getragen. Pupillen nicht ganz rund.

27. Februar. Hat wieder seinen Vater gesucht, hat geweint, aber auch viel gelacht. Zum Arzt: „Sind Sie denn mein Vater? Mein Vater hat einen Vollbart, Sie auch, aber Sie sind jawohl der Herr Dr.".

28. Februar. Redet den Arzt richtig an. Steht auf seine Bitte hin auf. Nickte den Vorübergehenden vielfach zu.

1. März. (Datum?) „9. März." (Wielange hier?) „Ich denk so 3 Wochen." (Wann hergekommen?) „Ich weiß nicht mehr so genau." Patient liest sehr unbeholfen, schreibt ungelenk und unorthographisch. Er kann nur unter Zuhilfenahme der Finger etwas addieren, auch die übrigen Schulkenntnisse sind sehr gering. Kann auch die Uhrzeit nur ungefähr angeben.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. März. Steht regelmäßig auf, hilft bei der Hausarbeit; weint noch leicht.

6. März. Als der Vater zum Besuch kommt, will er nicht ins Besuchszimmer kommen, er solle totgeschossen werden.

9. März. War sehr ängstlich und weinte, als ein frisch aufgenommener Kranker flehte, man möge ihn binden.

15. März. Weint noch immer leicht. Hilft fleißig bei der Hausarbeit.

24. März. Ganz unverändert. Wird als ungeheilt entlassen.

29. März. Wird von der Mutter der Anstalt wieder zugeführt, weil er zu Haus sehr ängstlich war, nicht schlafen konnte, auch keine Lust zeigte, sich zu beschäftigen. Patient sträubt sich gegen die Überführung auf die Abteilung, so daß Gewalt angewandt werden muß.

30. März. Liegt ruhig und teilnahmlos im Bett, bittet nur in affektloser Weise um seine Entlassung.

2. April. Weint und heult viel, will nach Haus zu seiner lieben Schwester.

5. April. Außer Bett, hilft beim Essentragen und Zimmerreinigen.

24. April. Schläft und ißt gut, beschäftigt sich etwas. Drängt nach Haus.

10. Mai. Sträubte sich zunächst gegen seine Verlegung in einen anderen Saal, er könne dort nicht schlafen, fand sich aber bald damit ab.

19. Mai. Im ganzen recht affektlos, zeitweise weinerlich. Wird von dem betrunkenen Vater abgeholt.

Nach den jetzt, 4 Jahre nach der Entlassung, eingezogenen Erkundigungen soll Patient zu Haus nie etwas Krankhaftes mehr geboten haben; er ist jetzt Arbeiter bei der städtischen Forstverwaltung.

Es handelt sich hier um einen erblich belasteten Imbezillen, der allerlei Degenerationszeichen aufweist. Nachdem er nicht lange vorher eine Influenza durchgemacht hat, bricht bei ihm im Anschluß an eine heftige Szene, die ihm sein trunksüchtiger Vater machte, und bei der es auch wohl an Prügel nicht gefehlt haben dürfte, plötzlich ein Verwirrtheitszustand aus, der sich schnell zur deliriösen tobsüchtigen Erregung steigerte. Es bestanden nach der Anamnese Verwirrtheit, motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Unsauberkeit, Sinnestäuschungen, Verfolgungs- und Größenideen. Bei der Aufnahme in die Anstalt, die erst erfolgte, nachdem die Krankheit bereits 11 Tage bestanden hatte, zeigte sich eine eigenartige Ablenkbarkeit und Störung der Orientierung, die mit den damit verknüpften illusionären Trugwahrnehmungen in ihrer Intensität von Augenblick zu Augenblick schwankte. In dem gleichzeitigen unmotivierten Wechsel zwischen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lachen und Weinen machten sich die Schwankungen seiner Gemütsstimmung bemerkbar. Dieser Zustand von traumhafter Befangenheit und Verwirrtheit, der begleitet wurde von abwechselnd auftretender weinerlicher Ängstlichkeit und kindischen Heiterkeitsausbrüchen, klang nach etwa 5 Tagen ab, nur zeigte es sich, daß die richtige zeitliche Orientierung für den bisherigen Anstaltsaufenthalt verloren gegangen war. Es blieb dann aber noch eine ausgesprochene Gemütslabilität bestehen, auch kam es infolge äußerer Eindrücke noch mehrfach zu heftigen Angstzuständen, die sich jedoch schnell wieder verloren.

In diesem Zustand nach Haus entlassen, tritt bei ihm, da das psychische Trauma durchaus noch nicht verheilt war, eine Verschlimmerung der Angst auf, so daß seine Wiederaufnahme nötig wird. Nunmehr zeigte sich bei ihm in der Anstalt eine ziemlich affektlose Grundstimmung, die hin und wieder durch kindische Gefühlsausbrüche unterbrochen wurde. Eine stärkere Hemmung bestand niemals, Vorbeireden war nur bisweilen angedeutet. Nach der zweiten Entlassung trat zu Haus völlige Wiederherstellung ein, auch ist Patient seitdem 4 Jahre gesund geblieben. Als Momente, die für die Zugehörigkeit dieses Zustandes zum Formenkreis des Degenerativen-Irreseins sprechen, sind anzuführen: die psychogene Entstehung, die Beeinflußbarkeit durch äußere Vorgänge, die sich allerdings nur in verschlechterndem Sinne zeigt, der kindische Stimmungswechsel und die spielerisch-phantastischen Größenideen.

Eine ganz ähnliche psychogene Auslösung eines Angstzustandes sah ich in zwei weiteren Fällen.

Bei einem erblich belasteten Imbezillen von ähnlichem geistigen Niveau, der bereits längere Zeit in der Anstalt gewesen war und sich immer gleichmäßig und ruhig verhalten hatte, wurde unmittelbar durch die Versetzung auf die Kolonie eine derartige Angstpsychose ausgelöst. Der Kranke lief planlos davon und wurde in seinem ängstlichen Affekt drohend und gewalttätig, indem er einen Hirten überfiel, um dessen Herde zu übernehmen. Zur Anstalt zurückgebracht, milderten die stürmischen Erscheinungen der Angst sich bald, es dauerte aber Monate, bis er seinen früheren Gleichgewichtszustand wiedererlangt hatte. Er mischte sich in alle Vorgänge auf der Abteilung ein, lief planlos umher, klammerte sich bei den Visiten an den Arzt an, zeigte eine gewisse Selbstüberschätzung und äußerte auch vereinzelt Beeinträchtigungsideen; Sinnestäuschungen konnten dagegen nicht festgestellt werden. Seitdem sind in einem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1½ jährigen Zeitraum keinerlei Stimmungsanomalien wieder beobachtet worden.

Bei einem dritten, geistig jedoch etwas höher als die beiden vorigen tsehenden, erblich sehr schwer belasteten Menschen brach der Angstzustand im Anschluß an die operative Behandlung einer Hydrozele aus. Er selbst gab als Ursache für seine Angst immer wieder an, daß er sich über die Operation „verfiert“ (erschrocken) habe. Es bestanden hier abenteuerliche, mit der Operation in Zusammenhang gebrachte hypochondrische Vorstellungen, die er unter ängstlichem Affekt vorbrachte, ferner traten in längeren oder kürzeren Zwischenräumen heftige Angstanfälle auf, die von starker motorischer Erregung und gewisser Bewußtseinstrübung begleitet wurden. Eine Beeinflußbarkeit durch äußere Eindrücke war in ausgesprochenem Maße vorhanden. Über Halluzinationen war nie eine sichere Auskunft zu erhalten, wahrscheinlich handelt es sich meistens nur um Auffassungstäuschungen. Später traten Hemmungszustände mit ängstlicher Färbung in den Vordergrund, die allmählich abblaßten, so daß nach 8 Wochen die Entlassung nach scheinbar völliger Wiederherstellung erfolgen konnte. Nach 4 Tagen jedoch trat zu Haus ein Rückfall ein, so daß er in die Anstalt zurückgebracht werden mußte. Nunmehr wurde das Krankheitsbild von einer starken ängstlichen Hemmung beherrscht, es bestand längere Zeit sogar völliger Mutismus. Stimmenhören wurde bisweilen von ihm zugegeben, etwas Näheres war jedoch nie zu erfahren. Nach einem Wechsel von Besserungen und Verschlimmerungen bildete sich schließlich ein Zustand mürrischen, abweisenden, zeitweise auch weinerlichen Wesens von ausgesprochen kindischer Färbung heraus. Als in diesem Zustand nach einer Gesamtbehandlung von 8 Monaten die Entlassung erfolgte, trat zu Haus schnell eine Besserung ein. Patient hat sich in den zwei seitdem verflossenen Jahren immer ruhig und unauffällig gehalten und stellt den Ernährer seiner Eltern dar.

In allen 3 Fällen sehen wir bei ihren psychotischen Zuständen die dem imbezillen Charakter überhaupt eigentümlichen Züge kindlichen Wesens in verstärktem und verzerrtem Maß hervortreten und sich in kindischem Stimmungswechsel, in läppischem Verhalten und phantastischen Vorstellungen äußern. Die Angst hat im wesentlichen einen unbestimmten, elementaren Charakter, zu konkreten Befürchtungsvorstellungen kommt es kaum. Die Sinnestäuschungen treten im Vergleich zu ähnlichen Zuständen bei Vollsinnigen in den Hintergrund, sie sind auch wohl meistens nur als psychische Halluzinationen aufzufassen. Wie es überhaupt bei Imbezillen schwer möglich ist, etwas Sicheres über die Art der Sinnestäuschungen festzustellen, so war es auch hier der Fall. Man kann vielleicht als Erklärung dafür


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einmal annehmen, daß die Sinnestäuschungen hier sehr unbestimmter Natur sind, andererseits muß man sich auch gegenwärtig halten, daß Imbezille ebenso wie die Kinder wenig Unterscheidungsvermögen für die Herkunft von Sinneseindrücken und Empfindungen haben. Die Beeinflußbarkeit durch äußere Umstände machte sich im Verlauf der Krankheit im wesentlichen nur im ungünstigen Sinne geltend; es scheint überhaupt, wenn bei Imbezillen das psychische Gleichgewicht erst einmal gründlich gestört ist, daß es dann recht lange dauert, bis wieder ein völliger Ausgleich eintritt.

Krankengeschichte 2. 12 Jahre alter Volksschüler. Unehelich geboren. Der Vater, der getrunken hat, „wie ein Arbeitsmann trinkt", ist später ausgewandert. Die Mutter soll nervös sein. Patient wuchs im Hause des Stiefvaters auf. Er lernte früh gehen und sprechen, war im allgemeinen sanft, gutmütig und artig, gelegentlich aber sehr eigensinnig, lernte ziemlich gut.

Am 18. Februar 1908 kam es in seiner Klasse am Ende der Stunde zu Ungezogenheiten der Schüler gegen den Zeichenlehrer. Dieser, der Patienten wohl für den Hauptschuldigen hielt, züchtigte ihn so heftig, daß er mit blutigem Ohr aus der Schule kam. Auf dem Heimweg von der Schule schimpfte Patient in ausfallender Weise hinter dem Lehrer her, drohte auch damit, daß seine Mutter sich an den Schulinspektor wenden würde. Am nächsten Tage soll er sich mehrfach „geschüttelt haben, als wenn er Frost hätte". Am 20. Februar erhielt er vom Rektor, dem er ausweichende und trotzige Antworten gab, abermals Prügel wegen derselben Sache. Er soll dann mit einer geschwollenen Backe aus der Schule gekommen sein. Er schwankte beim Gehen, konnte kaum reden, klagte über den Hals, mußte deshalb zu Bett gelegt werden. Bald darauf fing er an zu „phantasieren", sah Gestalten, weiße Männer, griff Fliegen, behauptete, ein Mann spreche ihm immer etwas ins Ohr. Am 23. Februar fing er an zu toben, schlug mit den Händen gegen die Wand, schlug um sich, so daß er gehalten werden mußte, „kannte keinen Menschen". Nach einigen Tagen sprach er wieder, erzählte, es ginge ein Rad, ein Leierkasten in seinem Kopf. Nach etwa 8 Tagen konnte er aufstehen, spielte auch wieder mit seinen Bohnen, kam aber zuweilen zur Mutter gelaufen, das Rad ginge wieder im Kopf; er warf sich auch zu Boden und schrie, der Leierkasten ginge im Kopf. Bisweilen tanzte er bald rechts, bald links herum, je nach dem das Rad herumginge. Der Schlaf war schlecht, bald aß er gar nicht, bald bestand Heißhunger, zuweilen näßte er auch ein. Später versuchte er mehrfach fortzulaufen, angeblich, um Heidelbeeren zu pflücken, war einmal auch 2 Tage verschwunden. Er sprach nun nicht mehr davon, daß ein Rad in seinem Kopf ginge, sondern äußerte, es sei ihm, als wenn ihm Steine im Kopf „herumrummelten". Die Mutter und



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Geschwister wären ganz schwarz und hätten so große Augen; manchmal stieß er auch mit den Armen vor sich hin. Am 24. März wurde er zwangsweise der Schule zugeführt. Der Polizeibeamte brachte ihn nur mit Mühe hinein, da er schrie und hinausdrängte. Nach der ersten Stunde, in der er sich ruhig gehalten hatte, entlief er wieder und mußte zurückgeführt werden. In den folgenden Stunden beteiligte er sich etwas am Unterricht. Seitdem war er nicht wieder in der Schule. Die Eltern bemerkten auch, daß er „alles aus der Schule vergessen hatte".

Am 4. April 1908 erfolgte seine Aufnahme in die Anstalt. — 5. April: Schlief in der Nacht nur wenig. Nimmt nur Flüssiges zu sich, „kann nichts Festes essen". Klagt über Schmerzen im Kopf, Hals und allen Gliedern. Körperliche Untersuchung: Mäßiger Ernährungszustand. Keine Degenerationszeichen. Puls 92, klein, weich. Deutliche Dermographie. Nervenstämme und Abdomen druckempfindlich. Kniephänomen gesteigert. Berührungen werden gut lokalisiert, Nadelkopf und -spitze schlecht unterschieden, tiefe Nadelstiche werden als schmerzhaft angegeben, aber ohne Zucken ertragen. Stirn auf Beklopfen schmerzhaft. Mandeln etwas hypertrophisch. Rachenreflex gesteigert. — 6. April: Gut geschlafen. Ausgesprochene Katalepsie. Macht mit der lang vorgestreckten Zunge Bewegungen, stiert dabei nach der Decke, gibt keine Auskunft darüber. Später im Untersuchungszimmer gibt er seine Personalien richtig an, spricht aber meistens nur mit Flüsterstimme. Die Vorgänge in der Schule stellt er so dar, als wenn er ganz schuldlos gewesen sei, er sei nur von den anderen Knaben „geschubst" worden. Er will dabei nicht wissen, ob der Name eines seiner Lehrer mit G oder mit P beginne, und wielange er aus der Schule fort sei: „ich weiß nicht von wann, 3 oder 4 oder 5, 7 oder 6". Weshalb er nicht mehr zur Schule ging, weiß er nicht, die Frage, ob er krank gewesen sei, bejaht er. (Was fehlte dir?) „Mich tat immer der Kopf weh und die Arme und die Beine und die Hände, recht alles, und der Kopf und der Hals weh." (Fehlte dir sonst noch etwas?) „Bloß die Beine und der Arm und der Kopf und der Hals, wenn ich hust', und heute kam mir so was Dickes aus der Nase raus." (Weshalb vorige Nacht nicht geschlafen?) „Hier war immer Licht, denn tat es mich immer doller weh." (Wieso?) „Denn kiek' ich immer nach dem Licht, und denn kann ich nicht einschlafen." (Geträumt?) „Ich träum' überhaupt nicht." (Wie kommt es, daß du so unartig warst?) „Ich ging immer weg von meiner Mutter, ich wollt' nicht zu Haus bleiben." (Weshalb nicht?) „Ne — zu Haus ist es — nu ist es zu Haus besser, nu will ich wieder nach Haus." (Weshalb fortgelaufen?) „Zu Haus war es denn zu nischt, nu ist es besser, nu ist wieder einer tot." [Ein Stiefbruder ist kürzlich gestorben.] (Weshalb besser?) „Ich weiß — weil unser Willy tot ist, wenn alle tot sind, nur Mutter nicht, denn ist es noch besser." (Hältst du von Vater auch nichts?) „Nein, von Mutter auch nicht — jetzt ja — jetzt will ich ja zu Haus — geh ich morgen zu Haus?" (Ist Mutter denn schlecht?)


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Ich mag gar nicht" — (Was nicht?) „Ihr gut sein." (Weshalb nicht?) „Ne — jetzt ja — ich will ja nach Haus."

Patient sagt dann spontan, den Mittelfinger krampfhaft ausgestreckt haltend, „dieser Finger ist mich so grad", und gleich darauf, „nu ist er wieder gut". (Wielange hast du Mutter nicht mehr lieb?) „Als ich jetzt krank war." (Wie kommt das?) „Ich weiß doch nicht." (Ist dir jetzt anders als sonst?) „Ja — ganz schlecht." (7 × 9?) „So Schweres kann ich nicht — 3 × 2." (3 × 2?) „Ist 6." (4 × 3?) „8." (3 × 10?) „Das ist auch so'n Schweres." (2 + 3?) „5." (4 + 7?) „Das ist zu schwer." (3 + 4?) „Das ist auch so'n Schweres."

Patient kann nur bis 10 zählen, lesen kann er nicht, „ich kenn' nur die i's — ich kann nur mehr aus Lene ihrer Fibel". Als er schreiben soll, macht er nur Striche. (Wie kommt es, daß du jetzt so dumm bist?) „Ich weiß nicht, seitdem ich krank bin, als ich noch nicht krank war, da konnt' ich lesen". Fragen nach Sinnestäuschungen werden verneint.

7. April. Ißt jetzt alles. Deutliche Katalepsie. Auf Befragen gibt er an, die Steine seien heraus aus dem Kopf. — 8. April. Liegt immer still und ruhig da, ohne sich um seine Umgebung zu kümmern, Katalepsie besteht nicht mehr. Will nicht lesen können, zeigt nur auf ein i und sagt, „das ist ein i". — 9. April. Liest jetzt, aber sehr langsam; zählen kann er nur bis 10. — 10. April. Hatte nach Angabe des Pflegers Zuckungen in der linken Gesichtshälfte. — 11. April. Rechnen geht gar nicht, bekommt dabei auf einiges Zureden Kongestionen zum Kopf. — 13. April. Liest fließend. — 15. April. Zählt richtig bis 29, läßt dann aber 40 folgen. (6 × 9?) „100". Steht stundenweise auf, verhält sich artig. — 18. April. Hat gestern einen netten Brief nach Haus geschrieben, spricht darin die Hoffnung aus, daß er bald ganz gesund sei und entlassen werden könne. — 19. April. Gegen die ihn besuchende Mutter zärtlich. Rechnen: 6 + 7 = 12. — 21. April. Hat zum Pfleger geäußert, hier sei es besser als zu Haus. Auf die Frage nach einfachen Rechenaufgaben antwortet er mehrfach, „5 × 7 sind 35". — 6. Mai. Hilft den Pflegern etwas bei der Hausarbeit, verhält sich ruhig, ist aber immer etwas scheu, spricht meistens nur mit Flüsterstimme. — 9. Mai. Klagte über Zahnschmerzen, war bereit, sich den Zahn ziehen zu lassen, bekam aber bei dem Anblick der Zange heftige krampfartige Zuckungen in den Armen, so daß der Zahn nicht gezogen werden konnte. Klagt seither nicht mehr über Zahnschmerzen. — 12. Mai. Klagt, der Kopf tue ihm weh, ihm sei kalt am ganzen Körper. — 14. Mai. Rechnet ziemlich prompt richtig. 7 × 13, 8 × 14, 37 + 48, 217 — 38. Er habe früher nicht rechnen können, weil er immer gleich die Zahlen vergessen hätte, er habe auch nicht nachdenken mögen. „Lesen konnte ich nicht, weil mir alles in der Rund' ging." — 17. Mai. Auf Fragen nach den halluzinatorischen Zuständen, die er zu Haus durchgemacht, antwortet er immer nur, „es ging mich immer in der Rund' rum". — 20. Mai 1908. Bietet nichts Auffälliges mehr, wird von der Mutter abgeholt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bald nach der Entlassung wurde er auf dem Lande bei einer Tante untergebracht, wollte zuerst nicht da bleiben, drohte mit Selbstmord, entlief auch dreimal, mußte von der Polizei zurückgebracht werden. In der Schule zeigte er keine geistige Abnormität, lernte gut, sein Betragen war zuerst gut, später etwas schlechter. Nicht selten mußte er die Schule Kopfschmerzen halber versäumen. Seit April 1909 wieder zu Haus, wollte hier zuerst durchaus nicht in die Schule, drohte mit Selbstmord. Zeitweise ist er ganz fröhlich, zu anderen Zeiten unlustig und mürrisch, häufig leidet er auch an Kopfschmerzen, die sich vielfach schon einstellen, wenn er lebhaft spielt. In der Schule bietet er nichts Auffälliges, lernt befriedigend.

Einen 12 jährigen, anscheinend von minderwertigen Eltern abstammenden Knaben von mittlerer Begabung sehen wir auf eine heftige Züchtigung, deren Berechtigung er nicht anerkennt, in auffällig gereizter und unartiger Weise reagieren. Ein Verhör und eine nochmalige sehr strenge Züchtigung löst unmittelbar einen deliriösen Zustand aus, der sich zu heftiger motorischer Erregung steigert. Es treten Gesichts- und Gehörstäuschungen auf, ferner eigenartige Gefühlsempfindungen im Kopf und Störungen der Gemeingefühle. Nachdem er sich beruhigt hat, zeigen sich merkwürdige mit Gefühlstäuschungen in Verbindung stehende zwangmäßige Bewegungen, und es kommt zu planlosem Davonlaufen. Der Appetit lag teils ganz danieder, teils zeigte sich große Gefräßigkeit, hin und wieder näßte der Kranke auch ein. Nachdem die Krankheit bereits 6 Wochen bestanden hatte, erfolgte die Aufnahme. Die Erscheinungen von seiten des peripheren Nervensystems beschränkten sich auf teilweise Hyperästhesie und mäßige Hypalgesie, Dermographie und Steigerung des Kniesehnen- und Rachenreflexes. Patient liegt regunglos im Bett, die Stimmung ist müde und leer, es wird in affektloser Weise über allerlei Schmerzen geklagt, infolge von Sensationen im Hals schluckt er nur Flüssigkeiten. Das Sensorium ist frei. Für die Zeit und die Vorgänge in seiner Krankheit scheint eine teilweise Amnesie zu bestehen, sonst machen sich wirkliche Gedächtnisstörungen nicht bemerkbar. Außer einer allgemeinen Unlustempfindung macht sich eine eigenartige Sperrung in seinen Gefühlsregungen für seine Angehörigen bemerkbar, es sind diese Regungen zeitweise teils aufgehoben, teils in Widerstreit gebracht. Er hat ein deutliches Krankheitsgefühl, hat die Empfindung, daß er jetzt ein anderer ist als vor der Krankheit. Ferner zeigt sich bei ihm, und dies dürfte mit das Bemerkenswerteste


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein, eine Absperrung eines Teiles seines Vorstellungsinhalts, er kann nämlich, ohne daß bei ihm ein Negativismus zu bemerken wäre, weder lesen noch schreiben noch zählen noch rechnen. Ein eigentliches Vorbeireden tritt dabei nicht in Erscheinung. Die anfangs sehr ausgesprochene Katalepsie verlor sich bald. Dann stellte sich allmählich die Fähigkeit zu lesen ein, während er bei dem Versuch, ihn rechnen zu lassen, noch Kongestionen bekam. Auch als er schon einen verhältnismäßig gewandten Brief schreibt, will es noch immer mit dem Rechnen nicht gehen. Erst nach 6 Wochen, nachdem er auch sonst nichts Auffälliges mehr bietet, hat sich auch die Behinderung in dieser Fähigkeit gehoben. Bemerkenswert ist die Erklärung, die er für sein Nichtwissen gibt, daß er die Aufgaben immer gleich wieder vergessen habe, und daß er nicht habe nachdenken mögen, daß er nicht habe lesen können, weil ihm alles „vor den Augen rundum ging.“ An vorübergehenden nervösen Erscheinungen fielen Zuckungen in den Armen als Reaktion auf die Vorbereitungen zum Zahnziehen auf.

Daß es sich in dem vorliegenden Fall um eine Katatonie des Kindesalters handeln sollte, erscheint mir nach der Art der psychogenen Entstehung, nach dem Verlauf, in dem ausgesprochene katatonische Symptome ganz fehlen, und nach dem Ausgang ganz unwahrscheinlich.

Ob man die mäßigen Sensibilitätsstörungen, den psychogen ausgelösten Krampfzustand und die anfänglich bestehenden krankhaften Veränderungen der Gefühlsregungen als Zeichen von Hysterie auffassen will, ist Geschmackssache.

Als deutliche Momente einer degenerativen Veranlagung sind zu erwähnen der Eigensinn, die Launenhaftigkeit, die Reizbarkeit und die Labilität des psychischen Gleichgewichts, wie sie z. B. in den Selbstmorddrohungen zum Ausdruck kommt, die Beeinflußbarkeit durch äußere Umstände, ferner die Neigung zum planlosen Davonlaufen und die migräneartigen Kopfschmerzen. Die rein psychogene Natur seiner Psychose zeigt sich nicht nur in der abnormen Reaktion auf einen an und für sich nicht überstarken Reiz, als welchen man den im Schulleben nicht allzuselten vorkommenden Vorgang einer Züchtigung doch wohl nicht bezeichnen kann, sondern auch im weiteren Verlauf durch die Art der Hemmung, die sich auf Dinge erstreckt, die mit dem Auslösungsmoment im Vorstellungszusammenhang stehen und die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei ihm infolgedessen mit starkem Unlustgefühl verbunden sind. Der ganze Verlauf hat eine Ähnlichkeit mit gewissen Formen von Haftpsychosen, wie sie z. B. *Risch* beschreibt. Nach dem deliriösen Anfangsstadium, für das eine gewisse Amnesie zu bestehen scheint, zeigt sich eine partielle psychische Sperrung bei im übrigen völlig klarem Bewußtsein, die sich nur ganz langsam und stufenweise bessert, ohne daß zu irgendeiner Zeit das *Ganser*sche Symptom deutlich in Erscheinung träte. Hervorgehoben muß noch werden, daß weder eine absichtliche noch unabsichtliche Übertreibung dem Arzt gegenüber zu bemerken war, und daß Pat. auch dem Personal und den Kranken gegenüber sich nicht freier zeigte.

Krankengeschichte 3. Fischer, 1873 geboren. Keine nachweisbare erbliche Belastung. Als Kind sanft und gutmütig, fleißig, intelligent, lernte sehr gut. Als Erwachsener wird er uns als arbeitsam, solide, ehrgeizig, von ausgeprägtem Erwerbssinn und als sehr religiös geschildert. Mit 17 Jahren ging er zur See. Anfang Dezember 1891 erlitt er in London einen schweren Unfall, es fiel ein Ballen auf ihn herab, und er trug rechtsseitig einen Beinbruch, schwere Armverrenkung und Beschädigungen an der Schulter davon. Nach reichlich einjähriger Behandlung in Krankenhäusern wurde er als Ganzinvalide mit Vollrente entlassen, die dann aber bald etwas gekürzt werden konnte. Er beschäftigte sich nunmehr in seinem Heimatort mit Fischerei und heiratete auch. Im April 1906 wurde seine Rente auf 40% gekürzt. Diese Herabsetzung der Rente soll bei ihm „leidenschaftlich verhaltene Aufregungszustände" hervorgerufen haben. Ungefähr zur selben Zeit starb ihm ein Kind, bald darauf ertrank sein Bruder, auch wurde er selbst des Holzdiebstahls beschuldigt, die Strafverfolgung wurde jedoch wieder eingestellt. Während die Angehörigen in 2 Jahre später gemachten Angaben behaupteten, es seien schon damals Krämpfe und Starrsucht aufgetreten, findet sich in dem nur einige Monate später ausgestellten ärztlichen Zeugnis nur, daß er damals trübsinnig gewesen sei, auch wußte die Frau zu dieser Zeit ebenfalls nichts anderes anzugeben. Am 13. August 1906 wurde Patient, der schon seit längerer Zeit im Verdacht stand, anderen Fischern Fische aus den Reusen zu nehmen, dabei ertappt, wie er fremde Reusen revidierte. Daß er sich dabei nicht ganz unschuldig fühlte, geht daraus hervor, daß er dem betreffenden Fischer Geld bot, wenn er ihn nicht anzeige. Kurz nach einer bald darauf erfolgenden Vernehmung durch den Gendarm sonderte Patient sich ab, stand an der Wand, sah starr auf einen Punkt; wenn man ihn anfaßte, stieß und schlug er um sich, fing an zu weinen, redete ganz verwirrt. Nach einer zweiten Vernehmung steigerte sich sein Trübsinn noch. Als er dann am 29. September den Gendarm, der gar nicht einmal zu ihm wollte, sah, geriet er in große ängstliche Erregung,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprach davon, seine Frau wolle ihn verlassen, er sei unschuldig, er solle von den Gendarmen fortgeholt und in das Gefängnis geworfen werden. Am 1. Oktober brach eine tobsüchtige Erregung bei ihm aus, er verkroch sich auf dem Heuboden, jammerte teils laut, teils stierte er mit verzückter Miene und verdrehten Augen vor sich hin, fuhr auch plötzlich auf seine Umgebung los, stieß mit den Beinen, biß um sich. Er blieb bis zu seiner am 3. Oktober erfolgenden Überführung in die Anstalt ganz ohne Schlaf.

Bei der Aufnahme hier klammerte er sich an seine Frau an, konnte nur mit Gewalt von ihr fortgerissen werden. Nach Dauerbad und Packung beruhigte er sich bald, schlief aber in der Nacht fast gar nicht. — 4. Oktober. (Hören Sie Stimmen?) „Davon weiß ich nichts, aber wenn ich so liege und es kommt einer und redet zu mir, dann erschreck' ich noch. Es summt mir und schwimmt mir alles im Kopf herum." (Angst?) „Ja, was ängstlich bin ich und dann so düsig, ich kann gar nicht denken." (Seit wann hier?) „Seit gestern, ich kann mir aber auf gar nichts mehr besinnen, ich weiß nur, daß ich von meiner Frau bin fortgerissen." — 5. Oktober. Lag gestern mehrfach mit geschlossenen oder offenen Augen starr im Bett, antwortete nicht, fuhr bei Berührung zusammen, packte auch die berührende Hand, hielt sie einige Sekunden fest, atmete ängstlich und schwer, als wenn er erst ganz wieder zu sich käme. (Was ist Ihnen, wenn Sie so starr liegen?) „Ich versink' mitunter in Gedanken, das hab' ich schon mehrere Wochen zu Haus gehabt." (Woran denken Sie dann?) „So an meinen ganzen Lebenslauf." Stimmen werden negiert. — 6. Oktober. Liegt stundenlang mit ekstatischem Gesichtsausdruck da. Klagt über Summen im Kopf, das Nachdenken strenge ihn an. — 7. Oktober. Schreibt einen gewandten, zärtlichen Brief nach Haus, spricht darin die Hoffnung aus, daß die Anfälle nicht wiederkämen, er merke das Herannahen vorher, es summe und klingele ihm dann im Kopf. Will wenig Erinnerung an die vorangegangenen Wochen haben. — 8. Oktober. Gibt gut Auskunft über sein Leben. Seine Schulkenntnisse sind auffallend gut erhalten. (In London schon solche Anfälle gehabt?) „Ja, da hab' ich es 3 Tage gehabt, Weihnacht', da mußten sie 3 Wärter an mein Bett stellen." (Was fehlte Ihnen damals?) „Ich soll manche Tage nicht gegessen und nicht getrunken haben. Weiter weiß ich nichts." (Später ähnliche Zustände gehabt?) „Nein, dann hab' ich es erst diesen Sommer gemerkt." Den Fischdiebstahl begangen zu haben, leugnet er. Die körperliche Untersuchung ergibt Operationsnarben am rechten Knöchel und an der rechten Schulter, verminderte Beweglichkeit des rechten Armes. Die rechte Hand und der Unterarm sind kalt, häufig schweißbedeckt, Sensibilität daselbst hochgradig herabgesetzt, während sie sonst überall erhöht ist. Sehnenreflexe gesteigert. — 10. Oktober. Hat zeitweise ekstatisch dagelegen. — 11. Oktober. Steht auf, hilft bei der Hausarbeit. — 14. Oktober. Nach einer körperlichen Untersuchung Anfall von Ekstase. — 16. Oktober. Bleibt im Bett, möchte durchs Fenster fliegen, solche Angst hat er. — 17. Oktober.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wohler; es sei ihm gewesen, als wenn er seiner Sinne nicht mächtig gewesen sei. — 24. Oktober. Seit einigen Tagen verstimmt und gereizt, schimpft in einem Brief auf die Anstalt, er werde hier noch verrückt werden. — 29. Oktober. Immer sehr verstimmt, droht mit Suizid. — 31. Oktober Zufriedener. Von der Frau abgeholt.

Ein auf den 7. Januar 1907 angesetzter Verhandlungstermin mußte ausfallen, weil er nach einer Bescheinigung des Amtsvorstehers noch oft Anfälle bekomme; es scheint sich aber sein Zustand bald darauf gebessert zu haben. Als Patient dann die Vorladung zu einem für den 26. September 1907 aufs neue angesetzten Termin bekam, wurde er wieder ängstlich. Diese ängstliche Unruhe steigerte sich dann fortwährend bis zum Terminstage, wo er dann regunglos und starr auf dem Wagen lag, mit dem man ihn zur Gerichtsstelle transportiert hatte. Wieder zu Haus angelangt, blieb er noch tagelang in diesem Zustand, ließ sich das Essen in den Mund stecken, ließ seine Exkremente unter sich. Da Zeugen vor Gericht ausgesagt hatten, daß sie den Patienten für einen Simulanten hielten, weil er sonst seiner Fischerei wie früher nachgegangen sei, war eine Beobachtung durch den Kreisarzt angeordnet worden. Dieser fand ihn am 1. Oktober in einem „starrsuchtähnlichen Zustand", konnte aber den Verdacht auf Simulation nicht ganz ausschließen, weil Patient eingeflößte Milch anscheinend absichtlich aus dem Mund herauslaufen ließ, und weil auch sonst einige Reaktionen eine gewisse Zweckmäßigkeit verrieten.

Bald darauf konnte Patient seine Fischerei wieder wie früher ausüben.

Als er dann aber am 13. Juni 1908 auf Anordnung des Gerichts sich dem Kreisarzt vorstellen sollte, versank er wieder in Starrsucht, so daß er die Treppe hinaufgetragen werden mußte. Bei einem neuen Termin am 13. Juli 1908 befand Patient sich abermals in dem alten Zustand und wurde deshalb vom Gericht direkt in unsere Anstalt zur Beobachtung geschickt.

Bei der Aufnahme saß er starr mit übereinandergeschlagenen Armen hintenübergelehnt da, die weit aufgerissenen Augen unverwandt nach der Decke gerichtet, der Mund weit geöffnet. Keine Katalepsie. Antworten waren nicht zu erlangen. — 14. Juli. Lag die ganze Nacht nach einem Punkt der Decke blickend starr da. Als man ihn aufrüttelt, springt er plötzlich auf, gebärdet sich wie wild, scheint sich auf die Umgebung stürzen zu wollen. Als er den Arzt erblickt, wird er hochgradig beängstigt, stammelt: „ich will auf die See". Sich selbst überlassen verfällt er in den alten Zustand. — 15. Juli. Andauernd derselbe Zustand. Nach langem Schütteln fährt er auf und beißt, aber nicht ernstlich, dem Pfleger in die Hand. Sowie eine neue Person in seinen Gesichtskreis kommt, wird er starr und stiert sie verängstigt an. — 16. Juli. Vorübergehend etwas freier, meint, es sei der 13., er sei heute erst gekommen. Örtlich orientiert. Will nicht glauben, daß seine Frau ihn hergebracht hat. — 17. Juli. Der „Anfall" ist vorüber. Es besteht totale Anästhesie der rechten Körperhälfte, genau





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis zur Mittellinie, mit Ausnahme einer kleinen Insel an der Leistenbeuge. die auch später konstant erhalten blieb. Hautreflexe rechts erloschen. Meint, er sei heute erst gekommen, letzte Erinnerung die Gerichtsver, handlung. Ist ängstlich, bedrückt und schreckhaft, verlangt ein Messer um sich den Hals abzuschneiden. Bei der Intelligenzprüfung unsicher, ermüdet leicht. — 18. Juli. Wieder lethargisch. Totale Analgesie. Hornhautreflex rechts erloschen. — 19. Juli. Die Anfälle von Lethargie kommen plötzlich; hat dabei eingenäßt. Puls inäqual, psychisch beeinflußbar, im Anfall verlangsamt und stärker gespannt. Feinschlägiger Tremor des rechten Armes, der sich bei der Untersuchung zum Schütteln steigert. Wenn Patient sich unbeobachtet glaubt, hört der Tremor auf. Bei Stichen Quaddelbildung. Hautreflexe rechts erloschen, links schwach. Zunge weicht nach rechts ab, zittert. Rachenreflex erloschen. Pupillen zuweilen nur stecknadelkopfgroß. Beiderseits starke Gesichtsfeldeinengung. Links Chvostek. Außer der rechtsseitigen totalen, links eine handschuh- und strumpfförmige Analgesie; Wärmeempfindlichkeit korrespondierend ebenfalls aufgehoben. — 21. Juli. Zeitlich und örtlich orientiert. Merkfähigkeit herabgesetzt. Bei der Prüfung der Schulkenntnisse mangelhafte Resultate, Patient ermüdet leicht, die Antworten werden immer fehlerhafter, zerstreuter, zögernder, leiser bis zum unhörbaren Flüstern. Er versinkt in völlige Abwesenheit, aus der er immer wieder exzitiert werden muß. Die Stimmung ist labil, er ist zum Weinen und zur Verzweiflung geneigt; die leiseste Berührung seiner Diebstahlsgeschichte genügt, um Seufzer und Tränen auszulösen. — 1. August. Sank im Garten vom Stuhl, ohne daß ein Krampfanfall beobachtet wäre. — 2. August. Schreibt einen gewandten Brief nach Haus, in dem er in übertriebenster Weise seine Leiden schildert. — 11. August. Als er im lethargischen Zustand dalag, wurden kurzdauernde Zuckungen in Armen und Beinen bemerkt. — 12. August. Zwei kurze Anfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen und Schaum vor dem Mund. Hinterher starr. — 18. August. Großer Anfall mit Schütteln und Umsichschlagen der Extremitäten. — 20. August. Als der Arzt ihn aus einem seiner lethargischen Anfälle aufrüttelt, beißt er diesen in die Hand. — 21. August. Anläßlich der bevorstehenden Entlassung ängstlicher und erregter, äußert Selbstmordideen, der Gendarm ist da, um ihn ins Gefängnis zu schleppen. — 22. August. Verkroch sich in der Nacht unter dem Bett, der Gendarm sei da. Konnte angeblich sein Bett nicht wiederfinden.

Von der Frau abgeholt; beruhigt, als er diese sieht.

Nach einer Auskunft des Gemeindevorstehers geht es dem Patienten jetzt wesentlich besser, er übt ein Gewerbe aus, hat nur einmal einen „Anfall" gehabt, der bei Berührung gleich wieder vorüberging.

Unser Patient ist in einer anscheinend gesunden Familie das einzige pathologische Glied. Mit 18 Jahren erleidet er einen Unfall


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Knochenbrüchen und Verrenkungen. Im Krankenhaus hat er dann einige Wochen darauf einen 3 Tage dauernden psychotischen Zustand gehabt, von dem er nur angeben kann, daß er damals bewacht werden mußte, und daß er nichts gegessen und getrunken habe. Ob dies etwa ein Fieberdelirium oder vielleicht ein „hysterischer" Zustand gewesen ist, läßt sich in keiner Weise entscheiden, für die letztere Annahme könnte sprechen, daß er den Zustand in Parallele zu den späteren Krankheitserscheinungen setzt. Nach reichlich einjähriger Krankenhausbehandlung kehrt er nach Haus zurück. Er heiratet später und lebt außer von seiner kleinen Unfallrente von dem Ertrag seiner Fischerei.

Etwa 14 Jahre bleibt er völlig gesund. Dann, im Jahr 1906 wird er von einer Reihe psychischer Schädigungen betroffen. Die beträchtliche Herabsetzung seiner Rente, Tod eines Kindes und seines Bruders, Beschuldigung wegen Holzdiebstahls versetzen ihn in starke gemütliche Erregung und Trübsinn. Während er sich bereits in dieser depressiven Gemütsverfassung befindet, kommt die Vernehmung durch den Gendarm wegen Fischdiebstahls. Unmittelbar anschließend sehen wir offenbar infolge Furcht vor Schande und Bestrafung einen Zustand von Stupor und Verwirrtheit mit ängstlicher Färbung ausbrechen. Nach einer zweiten Vernehmung nahm sein Trübsinn noch zu. Als er dann einige Tage darauf den zufällig vorbeikommenden Gendarm erblickte, traten neben großer Angst Verfolgungsideen auf, und nach zwei Tagen steigerte sich dieser Zustand zu einer tobsüchtigen Erregung, die bis zu der am dritten Tage erfolgenden Überführung in die Anstalt andauerte.

In der Anstalt beruhigt er sich schnell, ist aber am nächsten Tage noch schreckhaft, etwas ängstlich, hat das Gefühl von Verworrenheit im Kopf, auch besteht teilweise Amnesie für die letzten Tage. In den nächsten beiden Tagen liegt er stundenlang in einem lethargischen Zustand da, aus dem er jedoch ziemlich leicht zu erwecken ist. Dann ist er klar und komponiert, zeigt aber teilweise Amnesie, auch lassen sich Sensibilitätsstörungen bei ihm nachweisen. Weiterhin sehen wir wieder die ekstatischen Stuporzustände, deren Herannahen er vorher spürt, und denen ein Gefühl von Verworrenheit folgt, sowie einen Wechsel von Beängstigung und Wohlbefinden auftreten. Später kommt es zu einer reizbaren Verstimmung, die sich erst kurz vor der nach 4 Wochen Anstaltsbehandlung erfolgenden Entlassung bessert.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Angaben des Kranken, die er über seine Empfindungen während des Stuporzustandes machte, daß er ganz in Gedanken versinke und an seinen ganzen früheren Lebenslauf denke, deutet darauf hin, daß durch die Übermacht der sein ganzes Vorstellungsleben beherrschenden Gedankenkomplexe die Eindrücke der Außenwelt größtenteils abgesperrt werden, und daß dann bei längerer Dauer dieser stark affektbetonten, ausschließlich auf das Innenleben gerichteten Konzentration der Aufmerksamkeit bei ihm diese traumhaften Stuporzustände auf dem Wege der „Autohypnose" zustande kommen.

Nachdem der Zustand sich zu Haus nach einigen Monaten soweit gebessert hatte, daß er seinem Erwerb wieder nachgehen konnte, löste eine Vorladung zu einem Gerichtstermin, die er im August 1908 empfing, abermals eine ängstliche Verstimmung aus, die sich fortwährend steigerte, so daß er am Terminstage im tiefen Stupor dalag. Trotzdem dieser mehrere Tage anhaltende Stupor so tief war, daß Patient sogar die Exkremente unter sich ließ, so zeigte er doch eine so deutliche Beeinflußbarkeit und Reaktionsfähigkeit, daß der Kreisarzt den Verdacht auf Simulation nicht ausschließen konnte. Nachdem er dann für längere Zeit sein psychisches Gleichgewicht wiedererlangt hatte, brachte im Juni 1908 eine Vorladung vor den Kreisarzt wieder den alten Stupor hervor, und ebenso sehen wir ihn im nächsten Monat am Tage des Gerichtstermins in den gleichen Zustand verfallen.

Nachdem Patient sogleich im Anschluß hieran in die Anstalt gebracht war, zeigten sich hier die während des ersten Aufenthalts beobachteten Symptome in einem erheblich höheren Maße. Es sind die Bahnen, auf denen die Autohypnose erfolgt, durch die häufige Wiederholung offenbar stärker ausgeschliffen worden. So gelingt es, trotzdem er auch jetzt im Stupor bis zu einem gewissen Grade auffaßt, nicht mehr ihn aus diesem zu erwecken, Patient sinkt nach kurzem wilden Auffahren sofort wieder in den lethargischen Zustand zurück. Die Dauer der „Anfälle" hat erheblich zugenommen, die Amnesie ist ebenfalls stärker geworden. Auch in den relativ freien Zeiten bleibt er ängstlich und stark gehemmt und ist psychisch immer außerordentlich ermüdbar. Die Sensibilitätsstörungen sind viel stärker geworden, sie nehmen bei den Wiederholungen der Prüfung zu, es treten eine Reihe anderer, früher nicht beobachteter nervöser Lähmungs- und Reizerscheinungen auf, schließlich kommt es auch zu Krampfanfällen. Die


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beeinflußbarkeit des Patienten war zu jeder Zeit sehr ausgesprochen, auf die leiseste Berührung seiner Diebstahlsgeschichte erfolgte stets eine prompte Reaktion.

Die Art der Stupor- und Verzückungszustände und der Krampfanfälle, die starke psychische Beeinflußbarkeit, die Überschwänglichkeit und Übertreibung in seinen Ausdrucksbewegungen und besonders die nervösen Stigmata weisen auf den Symptomenkomplex der Hysterie hin, andererseits fehlt aber eine deutliche hysterische Charakterverschlechterung, wir vermissen bei ihm den krassen Egoismus, den launischen Eigensinn, die Neigung zum Quälen seiner Umgebung, er zeigt sich uns in seiner ganzen Lebensführung als ruhiger, keineswegs extravaganter Mensch und als ein guter zärtlicher Familienvater. Das Moment, das ihm zum Unglück gereicht, ist die übergroße weichliche Empfindsamkeit, die psychische Vulnerabilität.

Daß er bei seinem Unfall eine organische Hirnschädigung davongetragen haben sollte, dafür fehlt uns jeder Anhaltspunkt, er ist vielmehr 14 Jahre völlig gesund geblieben, wir finden keinerlei Zeichen von Arteriosklerose, auch sind sämtliche Krankheitserscheinungen ausgesprochen psychogener Art.

Möglicherweise war der einige Wochen nach dem Unfall auftretende psychotische Zustand eine „Unfallspsychose" und ist damit für später eine Disposition für eine Wiedererkrankung gegeben.

Nach *Gaupp* spielt die „individuelle Disposition" bei dem Zustandekommen der Unfallneurosen eine große Rolle. *Friedel* konnte bei seinem Material bei den Männern in 20%, bei den Frauen in 25% der Fälle eine Debilität nachweisen. Wenn also ein einziger Entartungstypus so stark vertreten ist, so darf man gewiß annehmen, daß bei einem großen Teil der Fälle überhaupt, namentlich da, wo die „Neurose" sich der „Psychose" nähert, eine „Entartung" in irgendwelcher Form vorhanden sein muß.

Schon *Räcke* wies in seiner Arbeit über „hysterischen Stupor" auf die nahen Beziehungen zwischen diesem und der „traumatischen Neurose" hin, auch der vorliegende Fall weist solche Beziehungen auf. Ich bin der Ansicht, daß bei einem Menschen, der infolge psychogener Reaktionsweise seine Unfalls- oder Rentenkampfpsychose bekommt, eine Verhaftung wohl in den meisten Fällen auch eine Gefängnis-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychose auszulösen imstande sein wird und umgekehrt, falls der jeweilige Reiz stark genug empfunden wird.

Der neu einsetzende Rentenkampf löst bei unserm Patienten 14 Jahre nach dem Unfall eine starke Depression aus, die Furcht vor Bestrafung bringt erst die ausgesprochene Psychose hervor. Die nervösen Symptome, die die so ausgelöste Psychose begleiten, weisen deutlich auf die Beziehung zum Unfall hin, indem sie die seinerzeit verletzte Körperseite zunächst allein betreffen und sich erst von hier aus weiter ausbreiten. In unserm Fall erweist sich im Vergleich zum Rentenkampf die Furcht vor Bestrafung als der stärkere Reiz. Wäre Patient verhaftet worden, so hätte er, da dann der die Psychose auslösende Vorstellungskomplex im wesentlichen derselbe gewesen wäre, sicher seine „Gefängnispsychose" bekommen, so aber sehen wir gewissermaßen eine „Haftpsychose" ohne Haft entstehen.

Forensisch dürfte der Fall sehr einfach liegen.

Wenn auch durch die ganze Veranlagung und die zur Zeit des Fischdiebstahls bestehende Depression eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit gegeben ist, so kann der Schutz des § 51 doch keineswegs zugebilligt werden. Andererseits ist es aber höchst unwahrscheinlich, daß Patient je verhandlungfähig werden dürfte, und ebensowenig würde er im Fall der Verurteilung zu einer Freiheitstrafe strafvollzugfähig sein.

In unfallrechtlicher Beziehung wird man die nur in gewissem Vorstellungszusammenhang mit dem Unfall stehenden nervösen Symptome nicht als eine direkte Unfallsfolge ansprechen können.

Was mir an dem vorliegenden Fall, den man wohl dem „Hysterischen Stupor" (*Räcke*) an die Seite stellen kann, der Veröffentlichung wert schien, sind folgende Momente: die Beziehungen zum Unfall, die Übereinstimmung des Zustandsbildes mit den „Haftpsychosen", ohne daß eine Verhaftung erfolgt ist, und die sozusagen mit experimenteller Sicherheit sich einstellende pathologische Reaktion auf jede Wiederkehr derselben psychischen Schädigung.

* * *

Während bei den vorstehend beschriebenen Zuständen das psychogene Moment, die pathologische Reaktion auf überstarke Reize, die jedoch nur im Verhältnis zur psychischen Widerstands-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kraft des betr. Individuums überstark zu sein brauchen, das Hervorstechendste ist, weisen die nunmehr folgenden Fälle als ihr Hauptcharakteristikum deutliche periodische Stimmungsanomalien auf. Es handelt sich um Menschen, bei denen, um mit *Siefert* zu reden, „eine periodische Steigerung der pathologischen Artung nötig ist, um die Reize des Milieus erst zur vollen Wirkung gelangen zu lassen.“ Es charakterisieren sich diese affektiven Gleichgewichtsschwankungen im wesentlichen als endogene Verstimmung. Also handelt es sich um Epileptiker! ? — Ich selbst habe stets die Empfindung gehabt, daß es zu weit gegangen ist, wenn man nach dem bloßen Nachweis einer periodischen endogenen Verstimmung schon die Diagnose Epilepsie stellt, wie *Kräpelin* und seine Schüler es tun. Gewiß mögen einzelne Fälle, die längere Zeit nichts weiter geboten haben als diese Verstimmungen, sich schließlich zu typischen Epilepsien auswachsen, bei anderen ist dies jedoch nicht der Fall, und diese, bei denen man auch andere degenerative Momente nachweisen kann, glaube ich mit *Wilmanns* als „epileptische Entartung“ abgrenzen zu sollen. Sehr treffend bemerkt *Wilmanns*, daß man, wenn dieser Unterschied nicht gemacht wird, „einerseits schwere anatomische Prozesse und anderseits eigenartige Psychopathien, Entartungszustände, also klinisch und prognostisch ganz voneinander verschiedene Dinge zusammenfaßt.“

Ziemlich häufig komplizieren sich diese Zustände mit dem Alkoholismus, derartige Fälle habe ich jedoch hier ausgeschieden.

Zunächst behandle ich 8 Imbezille, die in ihren ruhigen Zeiten außer ihrem Schwachsinn nichts Besonderes bieten, bei denen aber von Zeit zu Zeit durchweg ohne wahrnehmbare äußere Ursache Zustände von stärkerer Gereiztheit, Verstimmung und Erregung begleitet von paranoiden Vorstellungen auftreten. Da die 8 Fälle von großer Gleichförmigkeit sind, handle ich sie zusammen ab. Die Mehrzahl, 6, befindet sich im Alter von 30 bis 40 Jahren, 2 sind unter 30 Jahren alt. Es liegt bei allen eine schwere erbliche Belastung vor, sie stammen durchweg aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen. Mit einer Ausnahme sind alle teils in schwerer, teils in harmloserer Weise mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen.

Die Kranken, die sich in der Anstalt bisher ruhig verhalten und durchweg beschäftigt haben, fangen plötzlich an zu nörgeln, kommen mit allen möglichen Forderungen und Wünschen. Sie stellen die Arbeit


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein, weil sie kein Geld dafür bekommen, werden unfolgsam, trotzig und grob, versuchen andere Kranke aufzuhetzen, neigen zum Komplottieren. Häufig, namentlich anfangs, werden Klagen über körperliches Mißbehagen aller Art geäußert. Man merkt ihnen die Unlustempfindung an ihrem ganzen äußeren Verhalten sofort an. Manche neigen nun zu Diebereien, suchen sich auch Gegenstände zu verschaffen, die sie als Waffen verwenden können, ebenso neigen sie zum Entweichen. Sie verdächtigen und beschuldigen das Personal, manche verstecken oder vernichten Gegenstände, um andere beschuldigen zu können. Es werden Klagen über das Essen erhoben, einzelne Mahlzeiten ausgesetzt, oder es wird gar längere Zeit abstiniert, zum Teil mit der Begründung, daß Schmutz oder Gift im Essen sei. Die Kranken schreiben oder lassen sich schreiben Klagebriefe an Angehörige oder Beschwerden an Behörden.

Zu dieser Zeit genügt oft der geringste Anlaß, um eine Explosion in Form einer wüsten Schimpferei, von Drohungen, Akten der Zerstörung oder brutalen Tätlichkeiten auszulösen. Vereinzelt sieht man auch ganz plötzlich ohne jede Veranlassung Wutausbrüche erfolgen. Vielfach bemerkt man nach dem Aufhören eines stärkeren Wutausbruchs einen Zustand, in dem die Kranken, namentlich bei Anwesenheit des Arztes, mürrisch, verdrossen und ganz abweisend unter der Bettdecke liegen und auch eine Art Stupor vortäuschen können; sie zeigen aber durch ihr Blinzeln und verstohlenes Beobachten sowie durch ihr ganzes sonstiges Verhalten, daß eine psychische Hemmung nicht bei ihnen besteht.

Die Stimmung ist durchweg verdrießlich und mürrisch, kaum je gehoben.

Je nach der Höhe ihres geistigen Niveaus äußern sie allerlei Beeinträchtigungsideen: Man läßt sie nirgends in Ruhe, sie wollen deshalb lieber ins Gefängnis. Es werden ihnen von den Pflegern Sachen gestohlen, vernichtet, verunreinigt, andere Leute tragen ihre Kleider. Es ist Gift ins Essen getan, um sie umzubringen, sie krank zu machen oder sie zum Toben oder zu anderen Handlungen zu veranlassen. Die Anstalt ist eine Räuberhöhle, es gibt Menschenfleisch, Leute werden massenhaft von den Ärzten umgebracht oder ausgekocht. Sie werden nicht aus der Anstalt herausgelassen, weil die Ärzte bestochen sind oder weil sie sich verabredet haben, die Ärzte haben auch Meineide geschwo-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ren. Durch das Schlüsselloch werden sie gespritzt oder ins Herz gestochen. Es besteht eine Verschwörung gegen sie, sie sind unter Juden, sollen à la Winter-Konitz umgebracht werden usw.

Alle diese mit mehr oder weniger Affekt vorgebrachten Ideen bleiben ohne innere Verknüpfung und Systematisierung, sie bleiben „wahnhafte Einbildungen" (*Birnbaum*). Vereinzelt sieht man auch schwächliche Größenideen oder Andeutungen davon in Form von Selbstüberschätzungsvorstellungen auftreten.

Manche dieser Ideen lassen sich aus falsch aufgefaßten Geschehnissen herleiten, andererseits sind sie vielfach auch nur die Produkte der Unterhaltung mit Kranken, die ihnen geistig überlegen sind, und von denen sie sich allerlei phantastische Vorstellungen haben aufdrängen lassen. Vielfach kommen dieselben Ideen bei jeder neuen Erregung in der gleichen Weise wieder zum Vorschein.

Wirkliche Halluzinationen, besonders Gehörstäuschungen scheinen mir selten zu sein; was dahin zu deuten scheint, läßt sich meistens als Kombination aufklären. Die Kranken geben an, es gehört zu haben, und meistens zeigt sich, daß nur wahnhaft verfälschte und verdrehte Äußerungen hinter den vermeintlichen Gehörstäuschungen stecken. Geruchs- und Geschmackstäuschungen scheinen nicht selten zu sein, wahrscheinlich stehen sie mit den wohl vielfach die Erregungen begleitenden leichteren Verdauungs- und Stoffwechselstörungen in Zusammenhang.

Die Dauer dieser Zustände beträgt Tage, Wochen, Monate, es scheint, daß sie nicht selten durch äußere Umstände, z. B. unzweckmäßige Behandlung, durch Beeinflussung seitens anderer Kranker oder durch Briefe oder Besuche unverständiger Angehöriger in die Länge gezogen werden können. Leichtere Erregungen können bei demselben Kranken mit stärkeren abwechseln, erstere beschränken sich vielfach nur auf abweisendes Verhalten oder hypochondrische Klagen.

Sobald der psychische Gleichgewichtszustand wieder erreicht ist, werden die geäußerten Wahnideen vielfach bestritten, ins Lächerliche gezogen oder als nicht ernst gemeint hingestellt. Die Schuld an der Erregung wird auf äußere Einflüsse abgewälzt, man hat sie nur gereizt, man ist ihnen „zu nahe gekommen", man hat ihnen Unrecht zugefügt. Richtige Einsicht fehlt natürlich bei den schwachsinnigen Menschen, wohl aber besteht doch häufig ein gewisses Krankheitsgefühl, nicht



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selten entschuldigen sie ihr Verhalten damit, daß sie schwach im Kopf seien, daß sie es von Zeit zu Zeit „in den Kopf kriegten“ und nicht wüßten, was sie täten. In der Anstalt, wo solche Kranke vor vielen äußeren Schädlichkeiten, namentlich vor dem Alkohol bewahrt sind, verlaufen diese Zustände natürlich viel milder als in der Außenwelt. Die Isolierung, wie sie früher bei diesen Zuständen vielfach angewandt wurde, wirkte sehr ungünstig auf die Kranken ein, indem sie in der Zelle viel erregter, bösartiger, angriflustiger, zerstörungsüchtiger und unsauberer wurden.

Ein völliges Verschwinden dieser Zustände habe ich niemals bemerken können. Eine Zunahme der psychischen Schwäche, wie sie bei epileptischen Imbezillen einzutreten pflegt, kommt nach meinen Erfahrungen nicht vor.

Dieselben endogenen Verstimmungszustände sehen wir in dem folgenden Fall bei einem Nichtschwachsinnigen auftreten.

Krankengeschichte 4. Arbeiter, 1873 geboren. Über Belastung ist nichts Sicheres bekannt. Nach Angabe des Patienten ist der Vater früh gestorben. Die Mutter mußte einen Dienst annehmen, deshalb wurde er von fremden Leuten erzogen. Schon als Knabe war er meistens als Hirte vermietet. Mit 20 Jahren fing er sein Wanderleben an. Als erste Strafe erhielt er mit 22 Jahren 2 Wochen Gefängnis wegen Diebstahls. In den Jahren 1895—1898 wurde er vielfach wegen Bettelns und Landstreichens mit Haftstrafen belegt, erhielt auch zweimal Korrektionshaft. Im November 1898 wurde er in H. wegen Diebstahls zu 1¼ Jahren Gefängnis verurteilt.

Im Gefängnis erhielt er dann im August 1899 eine Arreststrafe, weil er bei einer Vorführung die Mütze nicht abnehmen wollte und dabei erklärte, das verlange nicht einmal der heilige Geist. Da er auch weiterhin renitent blieb, wurde er am 22. August 1899 der Irrenanstalt überwiesen.

Hier war er bei der Aufnahme angeblich weder zeitlich noch örtlich orientiert, erzählte, daß er bei geringfügigen Anlässen zu Wutanfällen neige. Über die geistige Störung war nichts bei ihm zu eruieren, er leugnete Sinnestäuschungen und Wahnideen. — 23. August. Zeitlich orientiert, behauptet nicht zu wissen, wie er in die Anstalt gekommen sei. — 31. August. Ißt gut, schläft gut. — 6. September. (Wie heißt der Kaiser?) „Fritz“. (Stadt?) „Berlin“. (Wo hier?) „Theaterhaus“. (3 × 4?) „8“. Behauptet, den Namen des Gefängnisses nicht zu kennen — hat ihn anderen Kranken genannt. Erzählt, an dem Diebstahl unschuldig zu sein. (Wo war das?) „Hier um H. herum“. (Eben Berlin als Aufenthaltsort genannt!) „Ich war vorhin etwas verwirrt, weil ich mir Gedanken mache“. (Was für Gedanken?) „Aus Gram über meine Lage“. Über das unbotmäßige


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Betragen im Gefängnis will er nichts wissen, ebensowenig, daß er vom heiligen Geist geredet habe. Auf die Frage, er verstelle sich wohl nur, lächelt er. — 14. September. Erzählt, er habe die Schwiegermutter des „Oberheiligen-Geistes" gebraucht. Als seinen Namen nennt er Rotschild. — 15. September. Erzählt mit zynischem Lächeln, die Frau des heiligen Obergeistes zeige ihm häufig ihr Genital und fordere ihn zum Koitus auf. Er könne auch das fortwährende Reden von Peter und Paul nicht ausstehen. — 27. September. Steht auf, sagt, daß er keine Erscheinungen mehr habe. — 20. Oktober. Erzählt wieder von der Frau des heiligen Geistes. Spielt Karten. — 24. Oktober. Verlangt ein Veloziped, um in den Himmel zu fahren und die Frau des heiligen Geistes zu f..... — 30. Oktober. Erzählt noch immer, auch den anderen Kranken, seine wüsten Geschichten. — 25. November. Plötzlich erregt, schimpfte, zerriß seinen Hut. Bettruhe. — 31. Januar 1900. Mußte mehrere Tage isoliert werden. — 22. Februar. Über seine Erzählungen befragt, meint er zum Schluß, „ich will zugeben, daß ich das nur gesagt habe, es kann auch sein, daß es nur im Traum passiert ist". — 31. März. Zeichnet viel und nicht ohne Geschick. — 30. April. Oft unzufrieden, hetzt andere Kranke auf. — 24. Mai. Ißt schlecht, hat an Gewicht abgenommen, zeigt allgemeine Mattigkeit. — 25. Juli. Fühlt sich wohler, hat an Gewicht zugenommen. — 3. August. Behauptet, gar nicht krank gewesen zu sein, er „habe nur was vorgemacht". „Sie wissen ja, wie das ist, wenn einer im Gefängnis ist, denn will er gerne da weg. Da machen die alle so, dem einen gelingt es, dem andern nicht". — 10. August. (Gesund?) „Ja". (Gesagt, daß Sie simuliert haben?) „Ich habe es doch nicht direkt gesagt, sondern indirekt. Ich bin doch nicht der erste".

12. September 1900. Gebessert ins Gefängnis zurück.

Am 18. Dezember 1902 wurde Patient in K. zu einer Gefängnisstrafe von 1½ Jahren verurteilt, über sein Verhalten zu dieser Zeit ist uns nichts bekannt.

Am 14. August 1904 wurde er wegen Diebstahls in Lauenburg verhaftet. Am 7. Oktober wurde er in der Untersuchungshaft zuerst renitent. Auch weiterhin sang, pfiff, lärmte und tobte er, war grob gegen die Beamten, beschimpfte sie, zerschlug sein Nachtgeschirr, warf die Suppenschüsseln zu Boden, schmierte mit Kot. Viele Disziplinarstrafen, wie Arrest, Entziehung der Brotportion, Verdunkelung der Zelle, Entziehung des Bettlagers waren erfolglos. In der Verhandlung am 2. Dezember äußerte er, über seine persönlichen Verhältnisse befragt, „er sei ein heiliger Mann, man könne machen mit ihm, was man wolle, er wisse von nichts, lebenslänglich könne man ihm geben". Am 5. Dezember demolierte er die Zelle. Am 7. Dezember versprach er ruhig zu sein, man stellte ihm deshalb in Aussicht, ihm die noch verhängten Disziplinarstrafen zu erlassen, falls er sich gut führe.

Am 4. Januar 1905 erfolgte dann seine Aufnahme hier zur Beobachtung.





Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er zeigte sich örtlich orientiert, zeitlich nicht ganz, versicherte, nicht krank zu sein, wollte auf seine Vorstrafen nicht eingehen, äußerte, „mein ganzes Leben ist eine Strafe". (Was soll das heißen?) „Daß es mir in der Welt so schlecht geht". Er ist bei der Unterhaltung störrisch, läßt sich die Worte sozusagen aus dem Mund ziehen, nur als er über seinen körperlichen Zustand klagt, beleben sich seine Züge, und er spricht etwas flotter. Potus negiert.

Ernährungszustand mangelhaft. Blässe der Haut und der Schleimhäute. Puls inäqual und irregulär, schwankt zwischen 78—120 Schlägen in der Minute, ist psychisch stark beeinflußbar. Zunge zittert. Kniephänomen gesteigert, Fußklonus angedeutet. Ganz leichter Romberg. — 5. Januar. Wenig geschlafen, stark geschwitzt, hat aber kein Fieber. Krämpfe, Halluzinationen negiert. (Angst?) „Ängstlich ist dem Menschen ja manchmal". (Wovor Angst?) „Das kommt doch mal vor, daß dem Menschen nicht so heiter ist wie sonst". Unterhält sich mit anderen Kranken, lacht zuweilen ganz vergnügt. — 6. Januar. Unterhält sich, liest Zeitung. — 8. Januar. Hilft etwas bei der Hausarbeit. Zeitlich orientiert. Über seine Vorstrafen befragt, äußert er u. a.: „Überhaupt, was nennt man auf dieser Welt Diebstahl, denn wir haben das gleiche Recht am irdischen Gut zum Leben". „Wenn Sie mir Gift geben, kann ich mir auch sofort vergiften; der ist am besten dran, der die letzte Stunde hat. — Jeder hat dasselbe Recht wie der andere. Wir sind doch alle bloß Ungeziefer am Weltkörper".

Rechnen kann er nur höchst mangelhaft, er gibt selbst zu, daß er „darin schwach ist", erklärt es mit dem unregelmäßigen Schulbesuch. Seine geographischen Kenntnisse sind auffallend gut, er habe zur Geographie immer Lust gehabt, die geschichtlichen Kenntnisse sind weniger gut. — 9. Januar. Stöhnt, als der Arzt kommt: „Einem fällt das Leben so schwer. Was man sich alles muß gefallen lassen, das ist gräßlich. Man hat keine Freude auf der Welt. Einer sieht bloß, wie er den andern fortschaffen kann von der Welt. Ich wäre auch besser dran, wenn ich die letzte Stunde kriegte". — 11. Januar. Lebt sorglos in den Tag hinein, liest eifrig in den Tageszeitungen. — 14. Januar. Unterhält sich lebhaft, hilft den Pflegern, lacht zuweilen ganz vergnügt, ist bei der Unterhaltung mit dem Arzt nicht mehr ganz so finster. — 15. Januar. Äußert auf die Frage, was er im Gefängnis eigentlich gemacht habe: „Ja was ich alles gemacht habe, weiß ich selber nicht". (Damals geisteskrank?) „Ich war so aufgeregt, und in der Aufregung weiß ich nicht, was ich tu". — 20. Januar. Puls immer labil. Bringt wieder seine kommunistischen und anarchistischen Ideen vor. (Seit wann solche Ideen?) „Das steckt doch im Menschen drin die Einsicht, hat man ja Bücher darüber gelesen". Vorgesprochene fünfstellige Zahlen wiederholt er nach einer Minute Pause richtig. — 21. Januar. Berichtet über ängstliche Träume, hat von Feuer und von Abstürzen geträumt. — 28. Januar. Hat seit gestern nichts gegessen und getrunken,



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

antwortet nicht, sieht sich ängstlich um. Bewegungen langsam. Verhalte nabweisend. — 29. Januar. Gibt Angst zu, negiert Stimmen; wird abends etwas freier, ißt. — 30. Januar. Freundlicher, meint: „Heute ist mein Gemüt lebendiger". — 1. Februar. Gibt zu, auch im Gefängnis Angstzustände gehabt zu haben: „Dann konnt' ich nicht arbeiten, dann hab' ich zu gar nichts Lust nicht". Äußert dann u. a. weiter: „Das ist dieselbe Periode. Ich werde manchmal so aufgeregt und wütend, und denn bin ich manchmal ganz vergnügt, und manchmal ist man wieder so, daß man kein Wort zu reden Lust hat". In der Anstalt in H. sei es gerade so gewesen mit ihm wie jetzt, geisteskrank sei er aber nicht gewesen. Mit etwa 25 Jahren seien diese Angstzustände zuerst aufgetreten. — 8. Februar. Über die wüsten Erzählungen in der Anstalt in H. befragt, meint er: „Da denk ich mir weiter gar nichts bei, wenn ich so was erzähle".

15. Februar 1905. Bleibt auf Anordnung des Gerichts in der Anstalt. März bis Mai. Fleißig bei der Gartenarbeit, zufrieden. Spielt recht gut Schach. — 12. Juni. Seit einigen Tagen verstimmt, queruliert teils, teils ist er ganz apathisch und abweisend, setzt Mahlzeiten aus, hat ängstliche Träume. — 19. Juni. Besserung. — 8. August. Hat ohne erkennbaren Grund in dem Garten, in dem er arbeitete, den Blumenstöcken die Köpfe abgeschnitten. — September. Kürzerer Verstimmungszustand. — Mitte Oktober bis Anfang Dezember starke Verstimmung: „ich habe so schon schwer genug an meinem Kreuz zu tragen". — Mitte April 1906. Achttägiger Verstimmungszustand mit Klagen über Kopfweh und Übelkeit. — Mai bis Oktober. Abgesehen von ganz kurzen und leichteren Verstimmungen fleißig gearbeitet. — 29. November. Entwichen. — 6. Dezember. Zurückgebracht, verstimmt. — 1. Januar 1907. Bisher immer verstimmt, heute stark erregt, wirft einen Teller durchs Fenster. — 1. Februar. Hält sich noch immer ganz für sich; recht verstimmt und gedrückt. Nervöse Unruhe. Klagt über unbestimmtes Angstgefühl, Kopfschmerzen. Auftreten von Lichtpunkten vor den Augen. — 26. Februar. Lebhafter, neckt andere Kranke, schikaniert das Personal, queruliert. — 9. März. Wieder in gleichmäßiger Stimmung, geht zur Arbeit. — April bis September. Mehrfach kürzere Verstimmungszustände. — 3. Oktober. Entweicht durch ein erbrochenes Fenster. — 8. November. Zurückgeführt, gut gelaunt. Ende November ist er erregt, schimpft herum, ist unbotmäßig, neckt andere Kranke. — 7. Dezember. Wieder verträglich, beschäftigt sich. — Ende März 1908. Seit einiger Zeit wieder gereizt und verstimmt, beklagt sich besonders über die Pfleger, „sie regen mich auf, sie lassen sich künstlich über mich aus". — Juni. Wieder ruhig und zufrieden. — 6. September. Verstimmt, bleibt im Bett, klagt über Schwäche und Appetitlosigkeit. — 5. Oktober. Verstimmung hält unvermindert an: „Ich befinde mich am besten, ich werde bald zur großen Armee abgerufen". — 28. November. Viele hypochondrische Klagen. Macht sich an wohlhabende Kranke heran, um von diesen Vorteile zu erlangen. — 13. Dezember. „Es geht


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schlecht, wenn man sieht, wie man ins finstere hineinlebt". — 22. Dezember. Stimmung etwas gebessert. — 2. Januar 1909. Hat eine Verlegung sehr übel genommen, beklagt sich über Zurücksetzung. Bleibt im Bett. — 15. Januar. Freundlicher, geht zur Arbeit. — 1. Juni 1909. Bei Pat. der bisher ruhig geblieben und fleißig gearbeitet hatte, machte sich seit Mitte Mai eine Gewichtsabnahme, wie solche die Verstimmungszustände zu begleiten pflegt, bemerkbar, gleichzeitig wurde er unzufriedener, klagte in der alten Weise über Zurücksetzung. Seit einigen Tagen liegt er zu Bett mit Klagen über Appetitlosigkeit, Kopfweh, Mattigkeit und Schwäche, zeigt sich stark verstimmt. Patient sieht elend aus, es besteht Foetor ex ore, der Puls ist wie immer in diesen Zuständen leicht inäqual und irregulär.

Was bei dem vorstehenden Fall besonders in die Augen sticht, das sind die periodischen Verstimmungszustände, die auch nach 4½-jähriger Anstaltsbehandlung und trotzdem Patient sich in seinen ruhigen Zeiten in der Anstalt recht wohl fühlt, nicht ausbleiben, sondern nur milder verlaufen als unter den ungünstigen äußeren Verhältnissen.

Aus den Zeiten, wo über das Leben des Kranken genaue Beobachtungen vorliegen, kann man eine große Reihe dieser Zustände genau abgrenzen, die teils viele Monate, teils auch nur einige Wochen oder Tage dauern. Eine größere Regelmäßigkeit in dieser Periodizität besteht nicht.

Anfang August 1899, in einem Alter von 26 Jahren, tritt bei ihm im Gefängnis, nachdem er bereits über die Hälfte seiner Strafzeit verbüßt hat, eine derartige Erregung auf. Es kommt in dieser zur Auflehnung und zu allerlei Konflikten mit der Hausordnung, so daß die Aufnahme in eine Irrenanstalt nötig wird. Dieser Milieuwechsel mildert wohl die Erregung zunächst etwas, beseitigt sie aber keineswegs. Es zeigen sich vielmehr allerlei Symptome, die man im wesentlichen als Übertreibung und „bewußt künstliche Produktionen" aufzufassen hat. Bemerkenswert ist dabei, daß sie bald nach einer Exploration, bei der ihm gesagt wurde, er verstelle sich wohl nur, auftreten. Das offenbar bestehende Unlustgefühl und die Empfindung einer Erschwerung der Gedankentätigkeit bringen ihn dazu, sich unwissend zu stellen und absichtlich vorbeizureden. Phantastische Ideen, die, nach späteren Äußerungen zu schließen, möglicherweise ihren Ursprung in traumhaften Erlebnissen haben, werden in zynischer Weise als angebliche Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorgebracht; auch gefällt sich Patient sehr darin, diese Ideen vor anderen Kranken


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu produzieren. Nach dem Abklingen des ganzen Verstimmungszustandes gibt er ziemlich unverblümt zu, daß er simuliert habe.

Erst ungefähr 4 Jahre später kommt Patient wieder in den Gesichtskreis einer genaueren Beobachtung. Nach etwa 8-wöchiger Untersuchungshaft bricht Anfang Oktober 1904 eine starke Erregung aus, die durch disziplinäre Maßnahmen nur ungünstig beeinflußt wird. Anfang Januar 1905, als er zur Beobachtung in unsere Anstalt kommt, ist das Stadium der stärksten Gereiztheit und Erregung bereits vorüber, wir beobachten aber bei ihm ein starkes allgemeines Unlustgefühl. Verdrossenheit, eine gewisse geistige Hemmung, leichteres, zuweilen an Intensität zunehmendes Beängstigungsgefühl, in dem er vorübergehend auch abstinierte, zeitweise auch ängstliche Träume und allerlei nervöse Symptome, namentlich große Labilität der Herztätigkeit. Anfang Februar sehen wir dann, noch bevor über sein Geschick vom Gericht entschieden ist, eine Besserung eintreten.

Seitdem sehen wir bei dem Patienten, der sich, wie schon bemerkt, in der Anstalt ganz wohl fühlt, immer wieder ohne äußerlich wahrnehmbare Ursache solche Zustände „autochthoner" Verstimmung auftreten. Außer einer Reihe kürzerer Erregungen können wir auch mehrere von monatelanger Dauer abgrenzen. Solche längerdauernde Zustände beobachten wir von Mitte Oktober bis Anfang Dezember 1905, Ende November 1906, wo er aus der Anstalt entweicht, bis Anfang März 1907, Mitte März bis Ende Mai 1908 und Anfang September 1908 bis Anfang Januar 1909; schließlich verspricht allem Anschein nach der bei dem Abschluß der Arbeit beginnende Verstimmungszustand auch ein solcher von längerer Dauer zu werden[1]).

Sinken des Körpergewichts, Blässe, elendes Aussehen, Appetitlosigkeit, Foetor ex ore, Kopfschmerzen, Labilität der Herztätigkeit, Empfindung körperlicher Schwäche, hypochondrische Vorstellungen, Unlustgefühl, leichte Beängstigung, Reizbarkeit, Gefühl der Zurücksetzung und Beeinträchtigung, daneben Neigung zum Querulieren, Verdächtigen, Hetzen, Necken, das sind die Symptome, die neben- und hintereinander auftreten. Recht häufig werden in etwas theatralischer Weise Todesgedanken geäußert, er verläßt während dieser Zeit höchst ungern das Bett. Er bleibt durchaus besonnen, es finden sich

Anm. bei d. Korrektur: Der Verstimmungszustand hat bis Anfang September, also fast 4 Monat gedauert.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keinerlei Bewußtseinsstörungen, er weiß grade in diesen Zuständen sehr geschickt sich allerlei Vorteile zu verschaffen. Bisweilen hellt sich auch zwischendurch die Stimmung für kürzere Zeit etwas auf.

Die Schulkenntnisse sind bei ihm, wohl infolge mangelhaften Schulbesuchs, sehr ungleichmäßig und teilweise sehr dürftig. Patient ist jedoch keineswegs ein beschränkter Mensch, sein Denken ist im wesentlichen folgerichtig, sein Urteilsvermögen nicht schlecht; er zeigt mancherlei geistige Interessen, so daß von intellektuellem Schwachsinn keine Rede sein kann.

Was seine periodischen Verstimmungszustände anlangt, so glaube ich, daß man bei dem Fehlen ausgesprochen manischer una melancholischer Symptome die Zugehörigkeit zum Manisch-Depressiven-Irresein ohne weiteres ausschließen kann. Eine Ähnlichkeit seiner Zustände mit den Verstimmungen der Epileptiker ist nicht von der Hand zu weisen, es fehlen jedoch Krämpfe und Bewußtseinsstörungen gänzlich, auch bemerken wir bei ihm weder die Pedanterie noch das frömmelnde Wesen der Epileptiker, noch sehen wir sonstige Anzeichen des typischen Schwachsinns in einem Zeitraum von über 10 Jahren sich bei ihm entwickeln. Allenfalls könnte die namentlich in seinen Verstimmungszuständen besonders deutlich hervortretende, etwas umständliche und phrasenhafte Redeweise als epileptisch anmuten, es fehlt jedoch bei ihm eine deutliche Verlängerung der psychischen Zeiten völlig.

Degenerative Momente finden wir dagegen bei unserm Fall in größerer Anzahl. Es sind zu nennen das anfallweise Auftreten von Störungen der Herztätigkeit, von Kopfschmerzen und von allerlei nervösen Beschwerden, die Reizbarkeit, die Freude am Quälen und Necken, das periodische Auftreten der Unruhe und Beängstigung, die Unstetigkeit, die in seinem Wanderleben zum Ausdruck kommt, die Veranlagung zu hypochondrischen und paranoiden Vorstellungen, die lebhafte Phantasiebildung, wie sie sich in der Anstalt in H. zeigt, seine Neigung zur Phrase und zu theatralischen Darstellungen seiner Leiden. Der Umstand, daß alle diese Momente nur periodenweise deutlich hervortreten, dürfte die Diagnose auf „epileptoide Entartung“ noch mehr rechtfertigen. Ein stärkerer Grad von Suggestibilität ist bei ihm nicht vorhanden. Zu den Gewohnheitsverbrechern kann man unsern Pat. keineswegs rechnen, da er in der Anstalt selbst nicht in den Zeiten der Erregung gestohlen oder entwendet hat.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die vorstehende Krankengeschichte habe ich deshalb gewählt, weil sie mir besonders rein das darzubieten scheint, was ich mir unter dem Typus „epileptoide Entartung" vorstelle, und weil auch die Zeit der Beobachtung hinreichend lang ist, um den im wesentlichen gleichbleibenden Wechsel der Perioden deutlich verfolgen zu können.

Der Umstand, daß bei derartigen Menschen die psychotischen Zustände, seien sie nun dem Willen krank zu sein entsprungen, oder seien sie ohne Beteiligung des Willens entstanden, wohl immer in die Periode der affektiven Gleichgewichtsstörung fallen, kann uns für viele Fälle eine Erklärung dafür bieten, weshalb bei diesen oft erst nach längerer Gefängnishaft derartige Zustände auftreten. Erst bei dem Eintreten der Periode genügt der Reiz des Milieus, um die „Gefängnispsychose" hervorzurufen. —

Während der obige Fall im wesentlichen den Grundtypus der epileptoiden Entartung darzustellen geeignet ist, will ich an dem folgenden zu zeigen versuchen, wie auf dem Boden dieser Entartung eine Kette von immer wiederkehrenden psychotischen Zuständen das ganze Leben durchzieht.

Krankengeschichte 5. Arbeiter, 1867 geboren. Der Vater und zwei Brüder waren angeblich Trinker, die Mutter soll am Schlaganfall gestorben sein. Patient selbst weist keinerlei Zeichen von Alkoholismus auf. Seine Intelligenz ist ungeschwächt. Krämpfe u. dgl. sind bei ihm nie beobachtet. Er ist siebenmal bestraft wegen Bettelns und Landstreichens zu insgesamt 23 Tagen Freiheitstrafe.

Nach einer anscheinend recht trüben Jugend diente er bei der Garde, war hier aber schon, wie er sich ausdrückt, „fehlerhaft im Geist", lief z. B. einmal fort, warf auch mehrfach die Löhnung fort, weil er damals „so fromm war und dem Mammon nicht dienen wollte". 1893, wo er bei Krupp arbeitete, wurde er, der bisher „überspannt fromm" war, „politisch organisiert", seitdem ist er Atheist und Anarchist, „anerkennt werden göttliche noch menschliche Autorität". Nachdem er dann einen großen Teil Deutschlands durchwandert und auch zeitweise gearbeitet hatte, ließ er sich 1894 in Frankreich bei der Fremdenlegion anwerben, weil ihm der Name Legion „so stolz klang". In Algier desertierte er, kam auf Festung, erkrankte hier und kam in die Irrenanstalt Marseille; welche Krankheit er damals hatte, weiß er nicht, es soll „ein religiöser Wahnsinn" gewesen sein. 1896 wurde er nach der Schweiz entlassen, kehrte dann nach einer längeren Wanderschaft nach Frankreich zurück und ließ sich wieder für die Fremdenlegion anwerben. Weil ihm der Dienst


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu schwer wurde, meldete er, daß er früher geisteskrank gewesen sei, und kam wieder in die Anstalt, aus der er dann entwich und nach Deutschland zurückkehrte.

Ende Juli 1897 wurde er der Klinik in J. überwiesen, weil bei ihm, als er verhaftet wurde, ein heftiger Erregungszustand ausgebrochen war. Hier war er ruhig, orientiert, erzählte von früheren Visionen und Gehörstäuschungen. Konnte nach 1 ½ Monaten entlassen werden. Ende September 1897 wurde er in M., weil er auf die Polizei geschimpft hatte, in das dortige Krankenhaus gebracht. Er sprach zunächst ununterbrochen, zeitweise nur Orts- und Personennamen sinnlos aneinanderreihend, erzählte dann unglaubliche Geschichten, sah angeblich, wie ihn Tiger anglotzten, vor denen er sich jedoch keineswegs zu fürchten schien, behauptete, daß es in M. viele Tiger gäbe, wie aus der Aufschrift der Wasserpumpen (Tierschutzverein) zu ersehen wäre, betrieb allerlei kindische Spiele, machte sich Papierhüte und Tressen. Er beruhigte sich dann bald, so daß er nach 4 Wochen entlassen werden konnte. Am 20. Februar 1899 wurde er in B. wegen Bettelns verhaftet und in die Anstalt H. gebracht. Bei der Aufnahme war er ganz verworren, sah Tiger, hörte alarmierende Stimmen, war desorientiert, glaubte in einer Kaserne in Barcelona zu sein, redete von Beeinflussung durch Elektrizität und schlagende Wetter. Nach einer Woche Beruhigung; klar, aber leicht gedrückt. Anfang Mai entlassen. Ende Juni 1899 wurde er in W., wo er in Arbeit stand, in Gewahrsam genommen, weil er auf der Straße offenbar ohne Grund auf den Kaiser und den Papst geschimpft und dann getobt hatte. Als er nach 2 Tagen der J.-A. in B. zugeführt wurde, war er bereits völlig ruhig, so daß er nach fünfwöchigem Aufenthalt wieder entlassen wurde. Anfang Juni 1901 wurde er bei Fr. auf dem Felde in völlig nacktem Zustand aufgefunden, während er seine Kleider in Fetzen zerrissen und rund um sich verstreut hatte. In die Anstalt gebracht, war er anfangs desorientiert und hatte Tiervisionen. Von August 1901 bis Juli 1902 war er in der Klinik in F. Bei der Aufnahme gehoben, bramarbasierend, schimpfte unflätig, aber nicht affektvoll, zeigte Galgenhumor, schien etwas schwer besinnlich zu sein. Am nächsten Tag ruhig, aber gedrückt. In Fr. sei plötzlich eine Verzweiflung über ihn gekommen, da habe er seine Kleider zerrissen. Verstimmt sei er oft ohne Grund. In seinen Erregungszuständen könne er sich immer nur auf den Anfang besinnen. Er habe oft plötzliche Antriebe, seine eigenen Sachen zu zerstören oder wegzuwerfen. Er habe mehrfach die Absicht gehabt, sich langsam zugrunde zu richten.

Weiterhin machte er sich dadurch sehr unangenehm bemerkbar, daß er homosexuelle Beziehungen mit anderen Kranken anknüpfte und bei sonst völlig geordnetem Benehmen in der schamlosesten Weise vor Pflegern und Kranken exhibitionierte. Deshalb isoliert, tobte und schmierte er, setzte auch später das Exhibitionieren fort. Außerdem zeigte er deutliche Stimmungsschwankungen, war zeitweise gedrückt, zeitweise auch



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verstimmt, reizte und belästigte dann andere Kranke. Nach der Anstalt E. übergeführt, zeigte er sich hier ruhig und besonnen, trat aber später auch hier mit päderastischen Neigungen hervor. Den „wilden Mann“ wollte er immer nur „markiert“ haben, um, wenn er auf seinen Wanderfahrten in Verlegenheit gekommen sei, ein Unterkommen in einer Anstalt zu finden. Spielte sich mit Vorliebe auf den Atheisten und Anarchisten hinaus. Im April 1903 wurde er entlassen.

Im Februar 1904 wurde er in die Klinik in K. aufgenommen, weil er die Polizei selbst um seine Aufnahme gebeten hatte. Hier erzählte er gerne in renommistischer Weise von seinen Erlebnissen, streute allerlei Brocken unverdauten Wissens ein, spielte sich als Atheisten auf, erzählte von Tiervisionen und Stimmen, von denen er später jedoch angab, er habe sie simuliert, um Unterkommen zu finden. Gelegentlich äußerte er auch Überschätzungsideen. Als er entlassen werden sollte, reagierte er darauf mit einer heftigen Erregung, zerriß die Kleider, schrie und schimpfte, verprügelte sich selbst mit aller Energie mit einem Lederpantoffel, beruhigte sich erst, als ihm gesagt wurde, er könne bleiben. Da er sich als ein schlechtes Element auf der Abteilung zeigte, wurde er in das Armenhaus verlegt, bekam hier aber prompt eine starke Tobsucht, so daß er in die Klinik zurück mußte. In der Irrenanstalt K., wohin er dann verlegt wurde, verhielt er sich bis zu seiner am 11. Juni 1904 erfolgenden Entlassung fleißig, ruhig, freundlich und geordnet.

Am 30. Dezember 1904 wurde Patient von der Polizei in L. als offenbar geisteskrank aufgegriffen und noch an demselben Abend unserer Anstalt zugeführt. Bei der Aufnahme spielte er mit allerlei Scherben und Holzstückchen, erzählte, er wolle nach Frankreich reisen. Auf der Abteilung schwatzte er in verwirrter Weise davon, der Kopf sei ihm abgeschnitten, dann wieder, der Kopf solle ihm hier abgeschnitten werden, erzählte auch von seinen Reisen. — 31. Januar 1905. Sitzt aufrecht im Bett, hat sich aus seinem Handtuch einen Turban gemacht. Hat in der Nacht gut geschlafen, ist zeitlich und örtlich orientiert. Schläft auch am Tage viel. — 1. Februar 1905. Spricht davon, daß er wieder ganz klar sei, vom gestrigen Tage sei ihm die Erinnerung nur schleierhaft. Auf die Frage, weshalb er die Scherben gesammelt habe, äußert er: „Das habe ich schon oft getan. In Fr. habe ich mich nackend ausgezogen und bin in die Stadt gelaufen. Das berauscht mich denn so, denn muß ich das tun.“ (Was berauscht Sie so?) „Das ist mir denn im Augenblick so, denn muß ich das tun.“ Stimmenhören wird negiert, ebenso Potus, er sei vielmehr Alkoholgegner. Er wisse ungefähr, was er in seinem krankhaften Zustand getan habe; was er gesprochen, sei dagegen aus seinem Gedächtnis entschwunden. Er bringt seine sozialistischen und anarchistischen Phrasen vor, äußert sie aber ohne jede Verbissenheit, auch produziert er mit gewissem Wohlgefallen allerlei Brocken unverdauten Wissens. Wie lange er schon verwirrt war, als er hier in L. aufgegriffen wurde, kann er nicht


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagen. Der Drang zum Herumtreiben komme ganz plötzlich: „Ich schmeiß' die Arbeit hin, manchmal mitten in der Nacht, schmeiß' meine Papiere weg, es ist mir alles egal." Stimmen will er nur in Algier gehört haben, dort sei er zuweilen mit dem Eindruck erwacht, als wenn ihn jemand gerufen habe. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Bemerkenswertes.

In der Folgezeit war Patient immer zufrieden, ruhig und fleißig, von Abnormitäten des Geschlechtstriebes war hier nichts zu bemerken.

Am 16. April 1905 kehrte er, trotzdem er vor der Entlassung stand und seine von ihm requirierten Papiere jeden Tag eintreffen mußten, nicht von einem Spaziergang zurück.

Bereits am 26. April wurde er in das Krankenhaus in S. wegen Geisteskrankheit aufgenommen und dort 14 Tage verpflegt, er scheint dort zeitweise getobt zu haben, etwas Näheres ist jedoch nicht bekannt.

Am 27. September 1905 erschien er in E. auf der Polizeistation und gab an, von Anarchisten verfolgt zu werden. Er wurde deshalb in das Werkhaus aufgenommen und dort isoliert. Er bat, man möge die Tür recht fest schließen, er sähe in der Luft einen Apparat, der seinen Namen rufe. In den ersten Tagen schimpfte er viel, sang und tanzte herum; sein Schlaf war sehr unregelmäßig. Als er am 10. Tage beruhigt war und entlassen werden sollte, geriet er sofort mit der Polizei in Konflikt, so daß er wieder aufgenommen werden mußte. Er wurde deshalb der Klinik in K. überwiesen, war hier zwei Nächte recht unruhig, sprach im Schlaf, erzählte auch dem Pfleger von Halluzinationen. Nach sechstägiger Behandlung wurde er dann entlassen. Seitdem ist uns nichts weiter über seine ferneren Lebensschicksale bekannt geworden.

Wir haben es hier mit einem anscheinend schwer belasteten Menschen zu tun, der die mannigfachsten Züge der Entartung aufweist, bei dem aber Degenerationszeichen und nervöse hysterische Stigmata völlig fehlen. Wir sehen, wie sein ganzes Leben durch pathologische Antriebe durchzogen und beeinflußt wird. Die Abenteuerlust, der Wandertrieb, die zwangmäßigen Antriebe, plötzlich seine Sachen zu vernichten, wobei besonders bemerkenswert ist, daß er hinterher keine Reue empfindet, der perverse Sexualtrieb, wie er namentlich in dem schamlosen Exhibitionieren zum Ausdruck kommt, sind derartige Momente. Bemerkenswert ist ferner bei ihm das starke Hervortreten des phantastischen Elements, es kommt dieses zum Ausdruck in dem spielerischen Bramarbasieren, in der Freude an der klingenden Phrase, an der er sich berauscht, in dem zeitweise geübten Ausschmücken seiner Lebensschicksale, in den von ihm produzierten „Wahnideen", in dem



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vergnügen, das er darin findet, sich in kindlicher Weise herauszuputzen. Hierher gehört auch das krasse Hervorkehren von Ansichten, von denen er weiß, daß sie im Gegensatz zu der Gesinnung seiner Umgebung stehen und die auch mit seiner eigenen wahren Charakterveranlagung, die durchaus nicht unbedingt kontrasozial gerichtet ist, gar nicht im Einklang stehen. Von einer hypochondrischen Veranlagung verspüren wir nichts bei ihm, ebenso vermissen wir Züge eines paranoisch angelegten Charakters, denn wo paranoide Ideen von ihm produziert werden, machen sie immer den Eindruck des Spielerischen und Gemachten. Sehr fällt dagegen bei ihm auf die außerordentliche Reizempfindlichkeit und Beeinflußbarkeit, das psychogene Moment.

Dieser Mensch, der während seiner Militärzeit schon Züge wunderlichen Verhaltens aufweist, der zunächst überspannt fromm ist und dann in das Gegenteil umschlägt, dient zweimal in der Fremdenlegion, erkrankt dort, durchwandert dann Deutschland kreuz und quer, taucht bald hier, bald dort auf. Bemerkenswert ist, daß er bei diesem Wanderleben nur siebenmal unbedeutende Strafen und zwar nur wegen Bettelns erhalten hat, es ist also seine Entartung durchaus nicht kontrasozial gerichtet. Von seinen vielen plötzlich ausbrechenden Tobsuchtsanfällen und den deliriösen Zuständen, die sich vielfach wie gerufen einstellen, können manche den Eindruck der Simulation erwecken, auch er selbst hat vielfach angegeben, daß er „den wilden Mann nur markiert habe," um Unterkunft in einer Irrenanstalt zu erhalten, andere Zustände dagegen sind doch so schwer, daß man den Eindruck, daß es sich um reine Simulation handle, nicht gewinnt. Es kann nun sehr wohl sein, daß der Umstand, daß er sich der aufkeimenden Erregung mit Befriedigung hingibt und sich von ihr widerstandlos fortreißen und treiben läßt, ihm selbst den ganzen Erregungszustand als eine gewollte Simulation erscheinen läßt. Wahrscheinlich hat er auch vielfach nachträglich das Gefühl, daß er die aufsteigende Erregung in ihren Anfängen noch hätte unterdrücken können. Auf der Höhe der Erregung hat er aber doch offenbar die Herrschaft über sich selbst völlig verloren, er steht nicht mehr wie der Schauspieler über seiner Rolle, sondern ist so völlig in dieser aufgegangen, daß er sie nicht mehr beliebig gestalten kann. Er hat seine Versetzung in die „Autohypnose" gewünscht, ihre Herbeiführung unterstützt, er kann sie jedoch vielfach nicht beliebig unterbrechen. Diese Ansicht unter-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stützen würde die vom Patienten häufiger getane Äußerung, daß er sich in seinen Erregungszuständen immer nur auf den Anfang besinnen könne. Man muß auch bei der Betrachtung dieses Falles *Gaupp* und *Riehm* beipflichten, daß keine festen Schranken die Simulation von der Geisteskrankheit trennen.

Eine völlig ausreichende und befriedigende Erklärung für das ganze vorliegende Lebens- und Krankheitsbild ist m. E. mit der einfachen Feststellung von psychogenen Zuständen bei einem degenerierten Individuum nicht gegeben. Es muß noch etwas anderes sein, was sein Leben durchzieht, was sein Leben so gestaltet, und das dürfte das Moment der periodischen endogenen Verstimmung sein. Strikte nachweisen, wie es bei Fall 4 möglich ist, läßt sich dies hier nicht, dazu wäre eine lange gleichmäßige Beobachtung in einer und derselben Anstalt nötig, aber in hohem Grade wahrscheinlich machen kann man es doch aus verschiedenen Gründen. Er selbst gibt uns in seinen Äußerungen Anhaltspunkte: „es berauscht mich denn so, denn muß ich das tun", weiter gibt er an, der Drang zum Herumtreiben komme plötzlich und unwiderstehlich, es sei ihm dann alles „egal", es sei in Fr. eine „Verzweiflung" über ihn gekommen, da habe er seine Kleider zerrissen, er sei oft ohne Grund verstimmt. Manche seiner Erregungszustände sind offenbar aufgetreten, ohne daß eine äußere Veranlassung dafür vorlag. Auffallend ist auch, daß er zeitweise außerhalb der Anstalt fleißig gearbeitet hat, daß er in einigen Anstalten sich völlig ruhig und harmlos gezeigt hat, daß er in anderen als ein schlechtes Element, als reizbar und hetzerisch bezeichnet wird, und daß er bei dem relativ langen Aufenthalt in der Klinik in F. deutliche Stimmungsschwankungen dargeboten hat. Die Tatsache schließlich, daß er 10 Tage nach seiner aus unserer Anstalt zu einem für ihn höchst unzweckmäßigen Zeitpunkt erfolgten Entweichung 14 Tage in einem Krankenhaus behandelt werden mußte, läßt sich sehr gut als Folge eines und desselben Verstimmungszustandes deuten.

Alles dies für sich allein betrachtet und dann mit Erfahrungen an anderen Kranken zusammengehalten scheint mir ausreichend, um als wesentliche Grundlage des ganzen Krankheitsbildes eine periodische endogene Verstimmung annehmen zu können. Wenn er seinen Verstimmungszustand bekommt, hat er offenbar das Bedürfnis nach Unterkunft und Behandlung in einer Anstalt, es stellt sich in dieser


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gemütsverfassung der psychogene Zustand ein, oder er bittet schon vorher um seine Aufnahme.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose mit Epilepsie verweise ich auf die früheren Erörterungen. Daß man den Zustand für eine in Schüben verlaufende Dementia praecox halten sollte, kann ich mir einmal bei dem ausgeprägten Hervortreten des degenerativen und psychogenen Moments und andererseits bei der Flüchtigkeit der Einzelzufälle, dem Fehlen katatonischer Symptome und dem Ausbleiben von Verblödung nach so vielen Einzelattacken nicht gut vorstellen.

Wenn ich die hier besprochenen beiden Gruppen einander möglichst scharf gegenübergestellt habe, so bin ich mir doch durchaus bewußt, daß sie durch eine Kette fließender Übergänge verbunden sind, so würde z. B. der letztbesprochene Fall auf solche Übergänge hindeuten können.

Warnen möchte ich schließlich noch vor einer Überschätzung der psychogenen Krankheitszeichen, namentlich während einer kurzen Beobachtungszeit. Wenn es auch wohl im ganzen häufiger vorkommt, daß bei der forensischen Begutachtung psychogene Zustände als „echte Psychosen" angesehen werden, so habe ich doch auch Fälle gesehen, wo bei in der Untersuchungshaft erkrankten „Hysterikern" oder „geistig Minderwertigen mit simulierten Symptomen" später tiefe Verblödung eintrat.

Literatur.

1. *Birnbaum*, Über degenerative Phantasten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64.
2. *Birnbaum*, Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.
3. *Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle a. S. 1907.
4. *Friedel*, Zur Prognose der traumatischen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25.
5. *Ganser*, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych. Bd. 30.
6. *Gaupp*, Referat. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 1907, S. 624.
7. *Gaupp*, Diskussionsbemerkung aus der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8. *Geist*, Über kombinierte Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63.
9. *Kräpelin*, Psychiatrie. VII. Aufl. Leipzig 1904.
10. *Räcke*, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes.
11. *Räcke*, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
12. *Riehm*, Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
13. *Risch*, Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
14. *Risch*, Über Verwechslung von Denksperrung mit angeborenem Intelligenzdefekt bei den Haftpsychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.
15. *Risch*, Die forensische Bedeutung der psychogenen Zustände und ihre Abgrenzung von der Hysterie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.
16. *Risch*, Über die Verkennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft und ihre Verwechslung mit Katatonie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25.
17. *Rüdin*, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60.
18. *Siefert*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S. 1907.
19. *Wilmanns*, Über Gefängnispsychosen. Halle a. S. 1908.

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Über Meningitis als ätiologisches Moment bei Psychosen.

Von
Dr. Wern. H. Becker,
Arzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster (Nassau).

Akute Meningitiden mit ihrem schweren und stürmischen Verlauf fanden bis vor noch gar nicht sehr langer Zeit in der Anamnese Geisteskranker wenig Beachtung; denn sie galten durchweg als letal verlaufend und deshalb zur Schaffung von Prädispositionen nicht mehr in Betracht kommend. Stieß man auf eine derartige Angabe, so wurde ein Mißverständnis der Worte des damaligen behandelnden Arztes oder eine Fehldiagnose des letzteren angenommen. Als aber der Symptomenkomplex für die Diagnostik ein mehr festumschriebener wurde, als insbesondere die Lumbalpunktion und gar erst die von *Schmidt* und *Neisser* in die Diagnostik eingeführte Hirnpunktion, diese von *Küttner*[21]) so sehr gelobte „Errungenschaft der allerjüngsten Zeit", eine genaue Analyse der Zerebrospinalflüssigkeit und damit exaktere Schlüsse auf die pathologische Beschaffenheit der Hirnhäute ermöglichte, als noch dazu für Meißel und Säge des Chirurgen die Trepanation schon kein ungewöhnlicher Eingriff mehr war, da mußte anerkannt werden, daß Ausgänge in Heilung, wenn auch selten, vorkommen.

Wenn wir von den chronischen Meningitiden absehen, wie sie einerseits als chronischer Hydrozephalus auftreten, andererseits als Pachymeningitis und Leptomeningitis bei der Dementia paralytica, bei der Dementia senilis und bei der alkoholischen Degeneration zu finden sind, so können wir die akuten Formen der Meningitis in 5 Krankheitsgruppen teilen: 1. seröse, 2. purulente, 3. tuberkulöse, 4. gummöse Meningitis und endlich als letzte die epidemische Genickstarre.

Die seröse Meningitis ist bekanntlich die mildeste der akuten Hirnhautentzündungen. Die erste Monographie derselben stammt


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

von *Quincke* [34], dem Vater der Lumbalpunktion. Wenn auch die serös-entzündlichen Veränderungen an den Hirnhäuten manchmal das Anfangsstadium der eitrigen Meningitis darstellen, so sind sie doch andererseits nach *Riebold* [36], *Lunz* [25] u. a. auch spontan, und zwar sehr rasch rückbildungsfähig. Meist wird man allerdings sich darauf nicht verlassen, sondern zu der erwähnten Lumbalpunktion greifen, wie die von *Bönninghaus* [2], *Riebold* [36] und *Wertheimber* [48] mitgeteilten Fälle lehren. Auch wird man unter Umständen operativ vorgehen, wie z. B. die kürzlich von *Hegener* [13] veröffentlichten zwei Fälle beweisen, wo man in der bestehenden Mittelohreiterung mit Sicherheit den Krankheitsherd vermuten mußte. Der letale Ausgang ist vorwiegend auf zu starken Hirndruck zurückzuführen. In den geheilten Fällen werden wir häufig eine ziemlich vollkommene Restitutio ad integrum annehmen können, und so bleibt uns für unser Thema nur der sogenannte Hydrozephalus, wie er sich manchmal aus der rein serös gebliebenen Meningitis entwickelt, im jugendlichen Alter das Hirnwachstum behindert, in späteren Jahren Atrophie im Gefolge haben kann, und so, um das gleich vorwegzunehmen, Psychosen schaffen kann, die wir der Gruppe der Imbezillität und Idiotie zurechnen.

Prognostisch quoad vitam weit weniger günstig ist der Verlauf der purulenten Meningitis. Nach *Heine* [14] ist eine allgemeine, eine abgekapselte und eine akut fortschreitende eitrige Meningitis zu unterscheiden. Erstere Form, die diffus-eitrige, muß als fast unheilbar gelten, wenn der Verlauf ein stürmischer ist (*Passow* [32], *Grunert* [11] u. a.). Zwar haben *Kümmell* [20], *Kohts* [18], *Lermoyez & Bellin* [24], *Maljean* [26], *Manasse* [27], *Passow* [32], *Sokolowsky* [40], *Voß* [45] und *Zupnik* [55] einige Fälle ausgeheilter diffuser eitriger Meningitis veröffentlicht, und *Zeroni* und *Körner* [54] sind der Ansicht, daß es unter Umständen doch noch Operationsaussichten gibt, aber im allgemeinen muß man *Merkens* [29] recht geben, wenn er die diffuse eitrige Meningitis für eine Krankheit erklärt, die sich in ihrem Verlauf durch eine Operation nicht beeinflussen läßt und sicher zum Tode führt [1]). Wenn aber bei langsamerem Verlauf die Selbsthilfe der Hirnhäute analog dem Peritonäum die Herde abzukapseln Gelegenheit hat, eventuell noch je nach Lage des Falles Lumbalpunktion oder Trepanation bzw. Hirnpunktion ein übriges tun, ist Rettung des Patienten möglich. Da erwächst wieder eine Möglichkeit für uns Psychiater, an ursächliche Momente für später auftretende Psychose zu denken.

Die Heilungsaussichten der tuberkulösen Meningitis sind beinahe noch schlechter, als die durch die anderen Bazillen und

[1]) Die Chirurgie der Zukunft wird hier vielleicht noch einen kleinen Prozentsatz von Heilungen erzwingen können, wie der *Küttner*sche [21] Vortrag, den ich leider erst kurz vor Vollendung dieser Arbeit zu Gesicht bekam, zu beweisen scheint.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kokken — zu denen auch unter Umständen der Gonokokkus gehört, wie neben der zusammenfassenden Arbeit von *Kahane*[17], der von *Josselin de Jong*[16] veröffentlichte Fall beweist — hervorgerufenen. Dieser von *Kohts*[18] vertretene Satz entspricht wohl der heute herrschenden Ansicht. Wenn auch Fälle von geheilter Hirnhauttuberkulose in den letzten Jahren von *Riebold*[36], *Ovazza*[31], *Thomalin*[42] u. a. veröffentlicht worden sind und der bekannte Fall *Freyhans*[9] die Möglichkeit klar bewiesen hat, dem noch der von *Lunz*[25] publizierte Fall unterstützend an die Seite gestellt werden mag, so muß man doch *Dornblüth*[6] beipflichten, wenn er sagt: „Heilungen sind äußerst selten". Doch sind diese wenigen Heilungen psychiatrisch besonders wichtig, da gerade die tuberkulöse Meningitis nach *Delille*[5] die größten Veränderungen der Hirnrinde hervorruft, am leichtesten auf sie übergreift.

Die luische Meningitis, jenes Übergreifen des syphilitischen Virus auf das Zentralnervensystem, in welchem die Hirnhaut der Konvexität und der prädilektierten Basis ebensogut befallen werden kann wie die Hirnsubstanz selbst (*Wollenberg*[51]), streift insofern nur unser Thema, als sie sich selten mit stürmischem, fieberhaftem Verlauf äußert. Sie ist bekanntlich eine langsamer verlaufende, durch ihren häufig stationären Charakter nur selten quoad vitam sehr bedenkliche Erkrankung der Hirnhäute, die aber desto häufiger die Psyche ungünstig beeinflußt.

Bleibt noch die epidemische Genickstarre, jene kryptogenetische Infektionskrankheit (*Schultze*[39]), welche pathologisch-anatomisch der vorher besprochenen eitrigen Meningitisgruppe zuzurechnen wäre, aber vermöge ihres epidemischen und oft auch endemischen Auftretens eine Sonderstellung einnimmt. Auch bezüglich ihrer Prognose verdient sie eine besondere Beurteilung, denn selbst Anfang der neunziger Jahre, wo die Therapie noch eine rein symptomatische war und selbst die Lumbalpunktion noch nicht bei der Bekämpfung dieser Infektionskrankheit mithalf, hatte man nur eine Sterblichkeit von etwa 30—40 %, wobei nach *Strümpell*[41] viele ganz leichte Fälle noch nicht einmal mitgerechnet waren. Immerhin ist heute noch die Krankheit trotz Lumbalpunktion und trotz Meningokokkenserum immer eine ernste, wie die Erfahrungen, die *Matthes* und *Hochhaus*[28] vor 2 Jahren in Köln gemacht haben, und der Bericht *Kröbers*[19] über einige Fälle im niederrheinischen Industriebezirk beweisen. Das Serum ist eben, wie außer *Matthes* und *Hochhaus* noch *Raczynsky*[35] klagt, nicht unbedingt zuverlässig. In jüngster Zeit zollen ihm *Többen*[43] und *Arnold*[1] wieder mehr Lob, und es ist auch wohl anzunehmen, daß die Mortalitätsziffer in den letzten 15 Jahren im allgemeinen noch geringer geworden ist, wenn man von Epidemien, wie der Kölner, wo der Genius epidemicus ein besonders schwerer gewesen zu sein scheint, absieht. Vielleicht gerade mit Rücksicht auf einzelne deletärer wirkende Epidemien gibt *Cohn*[4] in einer neuesten Arbeit die Mortalität mit dem weiten Spielraum „20—80 %" an.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir uns nun die Berichte über Psychosen als Folgen von Meningitiden in der Literatur ansehen, so finden wir akute vorübergehende geistige Störungen häufiger. *Laas*[22] schreibt 1901 über ein Kind von 5 Jahren, bei dem eine temporäre Erblindung nach Meningitis zu konstatieren war. *Haushalter*[12] berichtet von einer vorübergehenden Aphasie und Psychose nach Meningitis; *von Wieg*[56] von einem Fall von tuberkulöser Hirnhautentzündung, die durch „initiale Tobsucht“ ausgezeichnet war; *Engelhardt*[8] von einem Fall von zirkumskripter otogener Meningitis, in der er im Symptomenkomplex vorübergehendes „Verwechseln einzelner Worte“ verzeichnet. *Dörnberger*[7] gibt einen im Verlauf von Pneumonie auftretenden Fall bekannt von Verlust der Sprache und anderen Hirnsymptomen, die er als „Meningismus“ bezeichnet. Meningismus, was vielleicht wegen des raschen Ausgangs in Genesung (nach 9 Tagen) eine leichtere Art von Meningitis darstellen soll, ist übrigens ein meines Erachtens wenig treffender Terminus technicus, den ich mit *Cardamatis*[3] gern aus der klinischen Nomenklatur gestrichen sähe. Diesen in der Literatur gefundenen Fällen könnte Schreiber dieser Zeilen noch einen Fall anreihen*) von eitriger, anfänglich seröser Meningitis, die im Jahre 1904 in H., einem braunschweigischen Gebirgsdorf, bei einem 18 jährigen Waldarbeiter, namens Sch., subakut verlief, sich als Nachkrankheit einer Influenza einstellte, etwa 8 Tage lang mit Aphasie, motorischer Unruhe und Negativismus einherging und dann in der Göttinger. psychiatrischen Klinik 2 Tage nach dem Transport dorthin letal endigte.

Resümierend finden wir, daß die verschiedenartigen Meningitiden psychische Symptome, wie sie den Psychosen eigen sind, hervorzurufen vermögen, wie ja sogar *Huguenin*[39] in einem Fall von tuberkulöser Meningitis beobachtete, daß 48 Stunden lang zunächst das Bild einer akuten Melancholie mit Angstvorstellungen, Selbstanklagen u. dgl. bestand, dann erst die deutlichen Zeichen einer tuberkulösen Meningitis eintraten. Es sind also tatsächlich akute Störungen der Hirnfunktion beobachtet**) worden, während andererseits die pathologische Anatomie uns nicht verbietet, die Möglichkeit ins Auge zu fassen, daß diese akuten Veränderungen der Hirnsubstanz dauernde bleiben.

---

*) Aus meinem kassenärztlichen Krankenjournal, das ich während meiner praktischen Tätigkeit in Dassel am Solling führte.

**) *Le Gras*[23] nimmt sogar für einige Formen von tuberkulösen Meningitiden an, daß sie, unter dem Bilde einer Psychose verlaufend und sehr wenig rein somatische Erscheinungen bietend, gar nicht erkannt, sondern der Irrenanstalt überwiesen werden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am bekanntesten sind die Psychosen nach der luischen Meningitis. Es befällt nach *Wollenberg* [51] die Lymphozyteninfiltration der Pia nicht nur die Pialgefäße, sondern auch das interstitielle Gewebe der Nerven. Herdförmiger Zerfall und derbe Schwartenbildung, an Stellen stärkster Infiltration auch direktes Zugrundegehen des Nervengewebes sind die weiteren Folgen, zu denen sich eventuell noch Gummiknotenbildung in Pia oder Hirn gesellt. Das alles macht ein nicht nur neurologisch gut diagnostizierbares, sondern auch psychiatrisch bekanntes Krankheitsbild, welches viel Ähnlichkeit hat mit der paralytischen Demenz und hier wohl kaum noch weiter erörtert zu werden braucht. Aber auch andere Meningitiden erweisen sich als häufig prädisponierend. Ist es doch schon seit längerem bekannt, daß die seröse Meningitis, wie bereits oben angedeutet, vermöge des von ihı hervorgerufenen Hydrocephalus externus und internus — Vorgänge, die sich oft schon intrauterin abspielen (*Ziehen* [53]) — die Gehirnentwicklung beeinträchtigt und so für die I d i o t i e bzw. I m b e z i l l i t ä t ursächlich in Betracht kommt. Viele Fälle von Schwachsinn, die dem Psychiater begegnen, sind offenbar auf in der Jugend überstandene derartige Meningitis zurückzuführen, und auch bei dem Schwachsinnigen, den uns *Weygandt* [49] in seinem Lehrbuch im Bilde vorführt, ist auch wohl solch ein stattgehabter Krankheitsprozeß anzunehmen. Kürzlich hat auch der Italiener *Pelizzi* [33] darauf hingewiesen, daß weit mehr Fälle von Idiotie auf überstandene Jugendmeningitis zurückzuführen sind, als man früher glaubte. Auch *Oppenheim* [30] gibt zu, daß „Geistes- und Gedächtnisschwäche" zu den Residuen der Meningitis, insbesondere der epidemischen Genickstarre, gehöre*). In ähnlicher Weise äußert sich *Unger* [44]. *Sainton* und *Voisin* [37] gehen noch einen Schritt weiter und führen viele Charakterstörungen auf im jugendlichen Alter durchgemachte Meningitis zurück.

Auch bei der Anamnese der e p i l e p t i s c h e n G e i s t e s g e s t ö r t e n ist vereinzelt eine im Kindesalter überstandene Hirnhautentzündung nachweisbar. Es muß kommenden Geschlechtern vor-

---

*) *Cohn* [4] macht den zurückbleibenden Hydrozephalus verantwortlich für die spätere Verblödung. Das ist wohl einleuchtend, doch suchen wir in unserem Thema nach anderem Zusammenhang und nach anderen Folgezuständen als nur Imbezillität und Idiotie.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

behalten bleiben, zu untersuchen, ob nicht die epileptischen Konvulsionen, die sich zuerst nach Überstehen der 3 vornehmlichsten Infektionskrankheiten Scharlach, Masern und Typhus (*Weiss*[46]) einstellen, schon Symptome einer als Komplikation aufgetretenen Meningitis sind, welche die Hirnsubstanz mit ergriffen hat. Jedenfalls ist unter der Prämisse der oben ja wohl genügend bewiesenen Heilbarkeit verschiedener Meningitiden und der Möglichkeit des Übergreifens meningitischer Prozesse auf die Hirnrinde das Auftreten epileptischer Krämpfe, besonders der *Jackson*scher Epilepsie, bei Meningitis oder nach ihr ohne weiteres einleuchtend, denn man kann sie bei allen kortikalen Herderkrankungen beobachten (*Ziehen*[53]). Ein Beispiel dafür ist ja auch der oben zitierte *Lunz*sche Fall von „Meningoencephalitis tuberkulosa": Wegen Verdachts auf tuberkulöse Prozesse wird Kraniektomie gemacht. Es finden sich Verwachsungen der Schädelknochen mit der verdickten Pia mater und mit der Gehirnsubstanz. Vorübergehende Besserung der *Jackson*schen Epilepsie, dann Rezidiv und Exitus letalis an interkurrenter Erkrankung.

Wenn wir die Psychosen grob schematisch, der Nr. 12 der Zählkarte D des Königlichen statistischen Bureaus in Berlin folgend, in 1. Einfache Seelenstörung, 2. Paralytische Seelenstörung, 3. Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 4. Imbezillität, Idiotie, Kretinismus und 5. Delirium potatorum einteilen, dann sehen wir aus dem bisher Gesagten, daß die Literaturberichte der letzten Jahrzehnte überstandene Meningitiden des öfteren in der Ätiologie der 3. und ganz besonders der 4. Gruppe verzeichnen. Von Gruppe 2 und 5, welch letzterer ich für den Zweck unserer Besprechung alle Intoxikationspsychosen, insbesondere noch mitsamt ihrem Stadium der sekundären Verblödung, zurechnen möchte, ist es schon lange bekannt, daß hier die Grundlage der Seelenstörung in einer allerdings chronischen Meningitis besteht, einem sehr häufigen Sektionsbefund, der hier unser Thema nur streift. Desto interessanter sind aber die Beziehungen, die in ätiologischer Hinsicht zwischen den Psychosen der Gruppe 1 und ehemaliger Meningitis bestehen. Da die einschlägige Literatur darüber wenig bietet, habe ich 910 verfügbare von den etwa 950 Krankengeschichten der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster mit der gütigen Erlaubnis meines verehrten Chefs, Herrn Sanitätsrats Dr. *Lantzius-Beninga*, dem an dieser Stelle mein verbindlichster Dank ausgesprochen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sei, durchgesehen und die anamnestischen Daten aus 465 Männer- und 445 Frauenkrankengeschichten ausgezogen. Daß dabei etwa 100 Krankengeschichten keinerlei Anhaltspunkte über die Ätiologie schlechthin ergaben, kann bei unserem Material (viel Landstreicher, viel Prostituierte, viel unehelich Geborene und vom Armenamt Überwiesene) nicht verwundern. Unter den übrigen Krankengeschichten fand ich 52 mit anamnestischen Angaben, die ich sehr wohl mit unserem Thema in Beziehung bringen zu können glaubte. Ich habe sie, wie folgt, in 3 Gruppen geteilt.

Vorausschicken möchte ich noch, daß, da der Beginn der einzelnen Krankengeschichten sich über einen Zeitraum von nahezu 12 Jahren verteilt, während der Zeit nicht nur die psychiatrische Systematisierung Wandlungen durchgemacht hat, sondern auch im hiesigen Ärztekollegium mancherlei Wechsel eingetreten sind, wodurch die Diagnosestellung nicht nach einem einheitlichen Nomenklaturschema geregelt werden konnte. Eine nachträgliche Änderung im Sinne eines der herrschenden Systeme schien mir unangängig, und überflüssig auch insofern, als an der Zugehörigkeit des Einzelfalles zur Gruppe 1 der Berliner Zählkarte kaum etwas zu ändern wäre.

a) Fälle, die in ihren Krankengeschichten mit Bestimmtheit von überstandener Hirnhautentzündung berichten.

1. C. L. Sch., 1871 geboren, Tagelöhner, geringe hereditäre Belastung; war als Kind gesund; machte mit 12 Jahren und noch einmal später Hirnhautentzündung durch. Seit dem 12. Jahre schwerhörig. Minderwertiger Arbeiter, trank gern. Im Juni 1905 mit Stimmenhören erkrankt und nach 10 Tagen der städtischen Irrenstation zu F. zugeführt, am 22. September 1905 hierher überführt.

Diagnose: Halluzinatorischer Wahnsinn.

2. Ph. J. Schm., 1869 geboren, Weißbinder, 1902 zum erstenmal in der Irrenanstalt aufgenommen, nach einigen Monaten entlassen. 1908 zum zweitenmal aufgenommen. Anamnese ergibt: Mit 9 Jahren Hirnhautentzündung; 1896 Bleikolikanfälle, die seitdem öfter wiederkehrten; 1897 Geschlechtskrankheit. Am 5. Januar 1909 in unsere Anstalt überführt.

Diagnose: Epileptisches Irresein.

3. Ph. Schm., 1868 geboren, Mechaniker, keine erbliche Belastung. In der Jugend Rachitis und „eine Augenkrankheit". Guter Schüler und guter Mechanikerlehrling. 1891 eine Krankheit, die mit Kopfweh und Erbrechen einherging, und derentwegen er das Hospital aufsuchen mußte. 1893 Hirnhautentzündung, schwer krank. Soll seitdem „verändert"


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewesen sein. 1899 erkrankt und mit kurzer Unterbrechung seitdem ständig in Anstalten. Am 8. Februar 1900 hierher transportiert.

Diagnose: Paranoia chron. persec. halluc.

b) Fälle, deren anamnestische Angaben mit ziemlicher Sicherheit eine einstmals dagewesene Hirnhautentzündung erkennen lassen.

4. J. M. H., 1869 geboren, Gärtner; geringe erbliche Belastung; mit einer dreimonatigen Unterbrechung seit 1905 in Irrenanstalten, seit 10. Juli 1906 in unserer. Immer etwas verschlossen, schüchtern; nie ernstlich krank gewesen. Langjähriger tüchtiger Obergärtner. 1903 chronische Ohreiterung links, 1905 plötzliche Verschlimmerung derselben mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Schweißausbrüchen. Operation. Wurde am 4. Tage nach der Operation unruhig, mußte nachts festgehalten werden, wollte zum Fenster hinaus, klagte, daß er in den Händen eine Unruhe hätte. Nach 4 Wochen entlassen, dann psychische Symptome (viel Versündigungsideen). Noch viel Ohrengeräusche links, andere Sinnestäuschungen nicht. Anstaltsunterbringung. Im weiteren Verlauf wurde diagnostiziert: Katatonie.

5. L. H., Schneider, 1875 geboren, durch geisteskranken Muttersbruder erblich belastet, bekam mit 4 Jahren „Scharlach, an den sich Wassersucht und nachher Krämpfe anschlossen“. Nach diesen ersten Krämpfen eine dreiwöchige Bewußtlosigkeit und dann wieder sich periodisch wiederholende Krämpfe. In der Knabenzeit dann „Intelligenz ziemlich gering“. 1897 wieder schwere Krankheit, hatte Fieber, gehäufte Krampfanfälle. Im Anschluß daran Charakterveränderung; wurde bösartig, gewalttätig. Seit 8. September 1898, abgesehen von einem versuchweisen sechsmonatigen Urlaub im Jahre 1900, ununterbrochen in unserer Anstalt.

Diagnose: Epileptisches Irresein.

6. C. Schm., berufloser Haussohn, 1888 geboren, stark erblich belastet, hatte vom 8. Lebensmonat an 10 Monate lang Krämpfe, von da ab hatten die Eltern den Eindruck, als ob das Kind nicht normal sei. Schulunterricht in Idiotenanstalt zu J., von dort 5. Januar 1906 in unsere Anstalt überführt.

Diagnose: Idiotie.

7. A. Sch., 1864 geboren, Schreiner, angeblich unbelastet. Die dürftige Anamnese enthält den Passus „In Kindheit Krämpfe, seitdem besteht Taubheit“. Taubstummenunterricht in C. Dann im väterlichen Handwerk groß geworden. Schon mit etwa 21 Jahren Verfolgungsideen, die allmählich schlimmer wurden und seine Unterbringung in der Irrenanstalt E. 1897 notwendig machten, von dort 5. April 1900 hierher transportiert.

Diagnose: Paranoia persecutoria auf imbeziller Basis.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8. C. T., 1862 geboren, Weißbinder, angeblich nicht belastet, soll „im Alter von 17 Jahren eine Nervenkrankheit gehabt haben", bettlägerig gewesen, sei „im Fieber aufgestanden, habe fortgewollt". 1891 Auftauchen von Verfolgungsideen; stetige Verschlimmerung; 1898 wegen „Kolik" und starker Abmagerung 4 Wochen im Krankenhaus, bald darauf Aufnahme in die Irrenanstalt zu F., von wo am 12. Mai 1899 hierher überführt.

Diagnose: Paranoia chron. halluc. persecutor.

9. A. M. D., 1850 geboren, ledige Haushaltsgehilfin, erblich mehrfach belastet, hat „im 3. Lebensjahre eine Hirnentzündung (wahrscheinlich Hirnhautentzündung) überstanden und ist, wie man glaubte, infolge dieser Krankheit .... immer eine kindische, geistig für nicht normal gehaltene Person gehalten" (Gutachten des Kgl. Kreisarztes). Wegen immer mehr hervortretenden Stehltriebs wurde sie am 25. Juni 1905 in unsere Anstalt gebracht, wo die Diagnose lautet: Imbezillität.

10. B. B., geb. M., 1852 geboren, Schreinersfrau, erblich angeblich unbelastet, erkrankte nach normaler Entwicklung und einer allerdings nicht ganz sorgenfreien Ehe „im Oktober 1887 an Diphtherie und wurde im Anschluß an diese Krankheit geisteskrank", so daß sie schon am 7. Oktober in die städtische Irrenanstalt zu F. aufgenommen werden mußte, wo sie bis zum 22. November 1897 mit zwei kurzen Unterbrechungen, die ein klägliches Fiasko zeitigten, verblieb, um dann hierher überführt zu werden.

Diagnose: Chronische Verrücktheit.

11. K. B., geb. K., 1848 geboren, Weißbindersfrau, durch Muttersbruder erblich belastet, 1900 Staroperation rechts. „Dann wie durcheinander im Kopf, wie kindisch." Starke Kopfschmerzen hat sie dabei gehabt, so daß zur Enukleation des rechten Bulbus geschritten wurde; Kopfschmerzen ließen nach. Seit vielen Jahren schwerhörig nach einem Wochenbett. Schon seit 1897 sehr mißtrauisch. 1907 machte sich nächtliche Unruhe und Verfolgungsidee bei ihr geltend, so daß sie in die städtische Irrenanstalt zu F. gebracht werden mußte. Von dort am 21. Januar 1908 „ungeheilt" hierher überführt.

Diagnose: Senile Demenz.

12. E. G., 1836 geboren, Armenhäuslerin, über erbliche Belastung nichts bekannt, „hat sich im 3. Lebensjahre mit einer Gabel am Auge verletzt und ist daraufhin fast völlig erblindet". Vorzeitig schwerhörig fällt sie in der Ohrenklinik zu G. durch irgend merkwürdiges psychisches Verhalten im Februar 1904 schon auf. Hörte dann offenbar Stimmen und hatte Verfolgungsideen, mußte am 27. Mai 1904 in unsere Anstalt gebracht werden.

Diagnose: Senile Demenz.

13. A. G., 1861 geboren, offenbar schon als Schulmädchen Ortsarme, hatte mit 12 Jahren schwere Diphtherie, darnach vollständiger

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verlust des Gehörs. 1881 psychisch erkrankt, kam sie erst in die psychiatrische Klinik zu M., dann in das Landeshospital zu M., von wo sie am 14. März 1899 hierher verbracht wurde.

Diagnose: Epilepsie und Blödsinn.

14. S. J., 1878 geboren, Hausmädchen, unehelich geborenes Zwillingskind, sonst angeblich erblich nicht belastet, soll schwach begabtes Schulkind gewesen sein, machte im Oktober 1899 einen „sehr bösartigen" Scharlach durch, erkrankte im direkten Anschluß daran psychisch und ist seitdem mit Unterbrechungen in den Provinzialirrenanstalten H., G. und F. gewesen; am 25. September 1908 hier aufgenommen.

Diagnose: Hebephrenie.

15. U. K., 1867 geboren, Haustochter, angeblich nicht belastet und unter günstigen äußeren Verhältnissen herangewachsen, machte im Jahre 1900 einen Typhus durch und zeigte im Anschluß an diesen die ersten Spuren von Geisteskranheit. Größenideen wechselten mit Beeinträchtigungsideen, sie wurde dann drohend und suizidal, so daß am 15. Februar 1901 ihre Unterbringung hier notwendig wurde.

Diagnose: Paranoia chron.

16. A. E. K., geb. W., 1862 geboren, Schreinerswitwe, durch einen beim Militär psychisch erkrankten Stiefbruder erblich belastet. „Mit 3 Jahren schwere Masernerkrankung, darnach einige Wochen blind." Dann bis zu ihrer Schulzeit Krämpfe, über deren Natur, Dauer und Häufigkeit wenig bekannt. Erwachsen gebar sie unehelich; deshalb ernster Familienzwist; dann Ehe mit Potator; nach dessen Tod pekuniäre Sorgen. Etwa 1897 6—7 Wochen lang „Gehirnentzündung". Von da ab verändertes Wesen. Allmählich bildeten sich Verfolgungsideen heraus. Im Dezember 1901 plötzlich Verwirrungs- und Erregungszustand, der am 18. d. M. ihre Überführung in die städtische Anstalt zu F. notwendig machte; von dort als „ungeheilt" am 18. Juli 1902 hierher überführt.

Diagnose: Chron. halluc. Verrücktheit.

17. M. O., 1867 geboren, Haustochter, beiderseits elterlich hereditär belastet, hatte mit 7 Jahren Typhus, war schon „aufgegeben"; nachdem sie genesen, war Charakter verändert. Seit dem 8. Jahre Krämpfe. Häufung der Anfälle im Verein mit Sinnestäuschungen und Gewalttätigkeit machten ihren Aufenthalt zu Hause im Jahre 1895 unmöglich, sie kam am 22. Mai in die städtische Irrenanstalt zu F. und am 25. September 1902 von dort zu uns.

Diagnose: Seelenstörung mit Epilepsie.

18. H. Sch., 1863 geboren, Haustochter, über erbliche Belastung nichts Sicheres zu erfahren, machte 1885/86 einen schweren Typhus durch: 5 Wochen bettlägerig; hatte schwere Gehirnerscheinungen; glaubte im Delirium, die Leute wollten sie umbringen, ihr Löcher in den Kopf schlagen u. dgl. Diese Verfolgungsideen dauern nach dem Typhus an. Anfang



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1888 deshalb Suizidversuch. Später wurde sie zum „verfolgten Verfolger" und mußte am 14. August 1889 in die städtische Irrenanstalt zu F. gebracht werden, wo sie mit einer versuchweisen Unterbrechung bis 1892 verblieb. 1892—1898 in einer Anstalt zu B., seit 15. April 1898 hier.

Diagnose: Verrücktheit.

19. H. Z., 1872 geboren, Haustochter, durch „nervenkranken" Vater hereditär belastet, machte normale Entwicklung durch, bis sie im 7. Lebensjahre an schwerem Typhus erkrankte. „Darnach lange Zeit nicht imstande zu gehen und zu sprechen." Endlich genesen entwickelte sie sich gut weiter. Im 17. Lebensjahre im Anschluß an eine lange Eisenbahnfahrt zum erstenmal Krampfanfälle, welche erst selten, dann häufiger auftraten und 1892 ihre Unterbringung in der Epileptikeranstalt B. bei B. veranlaßten. Nach ½ Jahr dort wieder fortgenommen aus pekuniären Gründen. Gedächtnis ließ merklich nach, Schwachsinn nahm zu. Wurde 27. Dezember 1905 hier aufgenommen.

Diagnose: Epileptisches Irresein.

c) 33 Fälle, die auch die Möglichkeit einer ehemals überstandenen Meningitis erkennen lassen, aber teils wegen eines weniger stürmischen Verlaufs teils wegen ungenauer anamnestischer Angaben teils wegen unverläßlicher Autoanamnese an Wahrscheinlichkeit schon mehr eingebüßt haben. Die Aufzählung und Wiedergabe dieser 33 einzelnen Krankengeschichten lasse ich aus Raumrücksicht fort.

Bei Durchsicht dieser Krankengeschichten sehen wir zunächst ein auffallend geringes Kontingent von Imbezillität und Idiotie, wie sie so oft — wahrscheinlich durch den zurückbleibenden Hydrozephalus, wie oben bereits angedeutet — als Meningitisfolge beobachtet wurden; desto mehr aber neben Epilepsie die unter Gruppe 1 des statistischen Amtes fallenden „einfachen Seelenstörungen". Zur Erklärung dieses Phänomens möchte ich da die pathologische Anatomie mit heranziehen, die uns lehrt, daß die eitrigen Hirnhautentzündungen als Residuen weiße fibrinöse Verdickungen der Pia mater und Arachnoidea hinterlassen (*Ziegler* [52]), gelegentlich auch zu Verwachsungen der Pia mit der Hirnoberfläche führen, die *Schmaus-Herxheimer* [38] lieber mit dem Namen „Meningo-Encephalitis" belegt sehen wollen. Ferner wissen wir, daß mindestens bei der tuberkulösen Meningitis die diffus ausgebreiteten entzündlichen Exsudate sich nach *Ziegler* [52] auch in der nervösen Substanz selbst ansammeln können, und zwar haben dann diese Exsudate z. T. auch denselben eitrig-fibrinösen Charakter.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse bezüglich der einfachen Seelenstörungen auch noch sehr gering sind, so müssen wir andererseits doch die Annahme gelten lassen, daß durch die soeben besprochenen Veränderungen der Hirnsubstanz eine Prädisposition geschaffen werden kann. Wie ich mir diese Disposition denke, sei mir gestattet, hier noch etwas näher zu erläutern.

Bei der Tuberkulose spielen 3 Faktoren ätiologisch die Hauptrolle: erbliche Belastung, körperliche Unterernährung und Infektion. Von diesen 3 Faktoren kann einer allein, wenn das Individuum stark von ihm betroffen ist, manchmal genügen, um den Krankheitsausbruch zu veranlassen; meist bedarf es des Zusammenwirkens zweier der genannten ätiologischen Momente.

Bei den Psychosen liegt die Ätiologie ähnlich. Ich konstruiere wieder ebenso 3 Faktoren: Heredität, körperliche Unterernährung mit besonders mangelhafter Hirnversorgung, und Infektionskrankheiten, welche erfahrungsgemäß oft das Zentralnervensystem in Mitleidenschaft ziehen. Tritt nun von diesen 3 prädisponierenden Momenten eins besonders schwer auf, z. B. es stammt das Individuum aus einer Verwandtenehe in einer psychisch schwer belasteten Familie, so ist ein Ausbruch der Psychose schon bei dem geringsten äußern Anlaß möglich. Ebenso könnte eine besonders schwere Infektionskrankheit, wie Scharlach und Typhus, zumal bei heftiger Mitbeteiligung der Hirnhäute, allein schon die Ätiologie abgeben; desgleichen, meine ich, eine idiopathische Meningitis. Diese meine Behauptung wird gestützt durch das Resultat meiner Krankengeschichtenauslese. Wenigstens ist doch anzunehmen, daß im Fall 3 lediglich meningitische Prozesse auf die Psyche eingewirkt haben. Ebenso scheinen in den Fällen 7, 8 und 18, vielleicht auch in Fall 13 allein die durch überstandene Hirnhautaffektion geschaffenen Prädispositionen die Psychose verursacht zu haben. Während in Fall 2, den Kollege *Frotscher*-hier [10] als Bleivergiftungsfall bearbeitet hat, die infektiösen Hirnaffektionen, zu denen ich summarisch übrigens Gifte wie Blei mitgerechnet habe, zu einem Trio (Blei, Lues, Meningitis) sich vereinigt haben, resp. in ideale Konkurrenz zueinander getreten sind, muß es in Fall 4, 5, 6, 9, 14 und 17 dahingestellt bleiben, ob erbliche Belastung oder die Meningitisresiduen die treibende Kraft zur Geisteskrankheit bildeten, wahrscheinlich mehrfach beide, ebenso wie man in Fall 10, 15 und vielleicht


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch Fall 12 neben der überstandenen Hirnhautentzündung körperliche Unterernährung wird beschuldigen müssen. Hierbei möchte ich noch hervorheben, daß zu der körperlichen Unterernährung bezl. der Psychosenätiologie Kummer, Sorgen, geistige Überanstrengung, eventuell auch psychisches Trauma hinzuzurechnen ist, Momente, welche, wenn auch nicht allgemein-somatisch, die Hirnernährung wahrscheinlich ungünstig beeinflussen. — Alle 3 ursächlich zu berücksichtigenden Punkte haben den Ausbruch der geistigen Erkrankung in Fall 1, 11 und 19 bewirkt, und es läßt sich nicht nachweisen, welches Moment mehr, welches weniger, welches gar nicht dabei eine Rolle gespielt hat.

Nach dem Gesagten bin ich der Ansicht, daß Hirnhautentzündungen, die in der Jugend überstanden wurden, eine größere ätiologische Rolle spielen, als man bisher anzunehmen schien. Ich freue mich, da auf den leider zu früh verstorbenen Forscher *Wernicke*[47] hinweisen zu können, der bereits im Jahre 1905 schrieb: „Eine in der Kindheit überstandene Meningitis und ferner .... bedingen eine erworbene Disposition. Hinsichtlich der Meningitis möchte ich bei dieser Gelegenheit bemerken, daß eine Heilung der Meningitis, auch der tuberkulösen, viel häufiger angenommen werden muß, als man es im allgemeinen tut." Jedenfalls ist sie, falls ihr früheres Vorhandensein einigermaßen sicher festgestellt ist, für die psychische Beurteilung eines Individuums eine mindestens ebenso wichtige Tatsache, wie z. B. die in den Fragebogen mancher Irrenanstalten erwähnte Rachitis und das Kopftrauma, oder wie, um Vergleiche mit den beiden anderen ätiologischen Gruppen zu ziehen, die Verwandtschaft der beiden Eltern oder wie das psychische Trauma. Innere Medizin und Chirurgie aber wurden uns bei dem Bestreben, hier nichts Wichtiges aus der Anamnese fortzulassen, unterstützen, indem sie uns, auch nach jahrzehntelangem Zwischenraum, noch einigermaßen sichere Diagnose übermitteln.

Literatur.

1. *Arnold*, Über die Behandlung der übertragbaren Genickstarre mit Meningokokkenheilserum. Zentralbl. f. inn. Med. Jahrg. XXIX Heft 17. 1908.
2. *Bönninghaus*, Die Meningitis serosa acuta. Wiesbaden 1897.
3. *Cardamatis*, Contribution à l'étude des méningites chez l'enfant. Arch. de Méd. des Enf. VIII, p. 321. Juin 1905.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. *Cohn*, Über Folgen der Erkrankung an Zerebrospinalmeningitis. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 2. 1909.
5. *Delille*, Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux. Paris 1903.
6. *Dornblüth*, Kompendium der inneren Medizin. 5. Aufl. Leipzig 1903.
7. *Doernberger*, Pneumonie, Meningismus und Aphasie. Münchener mediz. Wochenschr. Nr. 19. 1904.
8. *Engelhardt*, Beitrag zur Pathologie der sog. zirkumskripten otogenen Meningitis. Deutsche medizin. Wochenschr. Nr. 8. 1909.
9. *Freyhan*, Ein Fall von Meningitis tuberkulosa mit Heilung. Deutsche medizin. Wochenschr., Bd. XX, S. 707. 1894.
10. *Frotscher*, Chronische Bleivergiftung und Epilepsie. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Heft 9, 1908.
11. *Grunert*, Bedeutung der Lumbalpunktion für die Ohrenheilkunde. Münchener medizin. Wochenschr. Nr. 25. 1905.
12. *Haushalter*, Psychose transitoire chez un enfant, avec troubles du langage, à la suite d'une méningite aigue. Arch. de Méd. des Enf., VIII, p. 290. Mai 1905.
13. *Hegener*, Beitrag zur Lehre von der Meningitis serosa. Münchener medizin. Wochenschrift. Nr. 16. 1901.
14. *Heine*, Operationen am Ohr. 2. Aufl. Berlin 1906.
15. *Hochhau* siehe *Matthes*.
16. *Josselin de Jong*, Ein Fall von Meningitis gonorrhoica. Zentralbl. f. Bakteriol. usw. Bd. XLV, Heft 6, p. 501. 1907.
17. *Kahane*, Über Nervenerkrankungen bei Gonorrhöe. Klin. therap. Wochenschr. Heft 1—6. 1898.
18. *Kohts*, Über Lumbalpunktion bei Kindern. Therap. Monatsh. Jahrg. XIV, Nr. 9. 1900.
19. *Kröber*, Über sieben Fälle von epidemischer Genickstarre im niederrheinischen Industriebezirk, Münchener mediz. Wochenschr., Nr. 35. 1906.
20. *Kümmell*, Demonstration eines Falles von operativ geheilter, diffuser, eitriger Meningitis in der Sitzung des Ärztl. Vereins in Hamburg vom 4. April 1905.
21. *Küttner*, Über Hirnpunktion und Trepanation. Klinischer Vortrag. Deutsche medizin. Wochenschr. Jahrg. 35, Heft 11. 1909.
22. *Laas*, Über einen Fall von vorübergehender Erblindung nach Meningitis bei einem fünfjährigen Kinde. Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde. Jahrg. XXXIX, p. 124. Febr. 1901.
23. *Le Gras*, Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse, Thèse de Paris. 1906.
24. *Lermoyez et Bellin* nach Schmidts' Jahrbüchern d. g. Med. Bd. 290, Seite 25 u. 28.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25. *Lunz,* Zwei Fälle von Meningitis basilaris simplex. Deutsche medizin. Wochenschr. Nr. 2. 1904.
26. *Maljean* nach Schmidts Jahrbüchern d. ges. Med. Bd. 290, S. 25 u. 28.
27. *Manasse,* Zur pathologischen Anatomie des inneren Ohres und des Hörnerven. Ref. in Zeitschr. f. Ohrenheilk. Heft 3 u. 4. 1905.
28. *Matthes, Hochhaus,* Über epidemische Meningitis. Mediz. Klin. Nr. 20. 1908.
29. *Merkens* nach Schmidts Jahrbüchern d. g. Med., Bd. 281, S. 171. Leipzig 1904.
30. *Oppenheim,* Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3. Aufl. Berlin 1902.
31. *Ovazza,* Heilung tuberkulöser Meningitis. Riform. med. Referat in Deutsch. mediz. Wochenschr. Nr. 38. 1906.
32. *Passow,* Die Folgekrankheiten der akuten und chronischen Mittelohrentzündung und ihre Operationen. Deutsche Klin. a. Eing. d. XX. Jahrh., Bd. VIII, S. 1038 u. 1058. Berlin-Wien 1904.
33. *Pelizzi,* Concetto clinico-anatomico e patogenetico delle idiozie meningitiche. Rivista sperimentale di freniatria, Bd. XXXI. 1906.
34. *Quincke,* Über Meningitis serosa. Volkmanns Vorträge Nr. 67. 1893.
35. *Raczynski,* Therapeutische Erfahrungen bei der Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis mittels Jochmannschen Serums. Wiener Klin., Jahrg. XX, Nr. 52. 1907.
36. *Riebold,* Über seröse Meningitis. Deutsche medizin. Wochenschr. Nr. 46. 1906.
37. *Sainton* et *Voisin,* Les séquelles psychiques des méningites cérébro-spinales aigues. L'Encephale. 1906.
38. *Schmaus-Herxheimer,* Grundriß der pathologischen Anatomie. 8. Aufl. Wiesbaden 1907.
39. *Schultze,* Die Krankheiten der Hirnhäute. In Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie. Wien 1901.
40. *Sokolowsky* in Schmidts Jahrbüchern der ges. Medizin. Bd. 290 S. 25 u. 28. Leipzig 1906.
41. *Strümpell,* Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 9. Auflage. Leipzig 1895.
42. *Thomalin,* Heilung einer Meningitis tuberculosa. Berliner klin. Wochenschr., Jahrg. XXXIX, Heft 24. 1902.
43. *Többen,* Zur Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Münchener medizin. Wochenschr., Jahrg. LIV. Nr. 49. 1907.
44. *Unger,* Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 3. Aufl. Leipzig-Wien, 1901.
45. *Voss,* in Schmidts Jahrbüchern der ges. Med. Bd. 296 S. 136 u. 137. Leipzig 1907.
46. *Weiss,* Gowers' Epilepsiemonographie. 2. Aufl. Leipzig-Wien 1902.
47. *Wernicke,* Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. Leipzig 1906.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

48. *Wertheimber*, Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei der Meningitis. Münchener medizin. Wochenschr. Nr. 23. 1904.

49. *Weygandt*, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München 1902.

50. *v. Wieg*, Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. Neurol. Zentralbl.. Nr. 8. 1904.

51. *Wollenberg* in Binswanger-Siemerlings Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Jena 1907.

52. *Ziegler*, Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 11. Aufl. Jena 1905.

53. *Ziehen*, Psychiatrie. 2. Auflage. Leipzig 1902.

54. *Zeroni* u. *Körner* nach Schmidts Jahrbüchern der ges. Med. Bd. 281 S. 170. Leipzig 1904.

55. *Zupnik*, Therapie und Diagnostik der Meningitiden. Prager medizin. Wochenschr. Nr. 38. 1906.

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zur Frage der Behandlung der unruhigen Geisteskranken.

Von

Prof. Dr. Gustav Wolff,

Direktor der psychiatrischen Klinik in Basel.

(Mit 3 Figuren.)

Es wäre müßig, ein Wort darüber zu verlieren, daß das von *Conolly* inaugurierte „Non Restraint-System“ zu den wertvollsten Errungenschaften der praktischen Psychiatrie gezählt und als die elementarste Richtschnur unseres therapeutischen Handelns betrachtet werden muß. Aber auch das Non Restraint darf nicht einseitig, nicht dogmatisch, ich möchte sagen: nicht sportmäßig gehandhabt werden. Wir müssen zwangmäßige Behandlung zwar soweit als möglich auszuschließen suchen, dürfen aber den Zwang nicht etwa als eine Behandlungsart ansehen, die überhaupt nicht angewendet werden soll. Einen Patienten, der sich fortgesetzt das Auge oder die Zunge herauszureißen sucht, und der auf andere Weise nicht zu beruhigen ist, sind wir berechtigt, durch mechanischen Zwang an der Ausführung dieser Absicht zu hindern. Einer choreatischen Kranken, die soeben abortiert, dabei vielleicht viel Blut verloren hat und in hochgradiger, motorischer Unruhe sich befindet, dürfen wir im Notfalle ruhig die Zwangsjacke anlegen, für deren Anwendung eine indicatio vitalis bestehen kann. Und wir dürfen nicht durch starres Festhalten an dem Buchstaben des Non Restraint den Kranken in Gefahr lassen, sein Auge oder gar sein Leben zu verlieren.

Die angeführten Beispiele sind ja Ausnahmefälle, die glücklicherweise selten genug den Arzt in die Notwendigkeit bringen, mit Zwangsmitteln vorzugehen. Aber was aus diesen extremen Fällen folgt, nämlich, daß auch hier der Buchstabe tötet, das darf auch bei unsern alltäglichen Behandlungen von unruhigen Kranken niemals außer acht gelassen werden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Einführung des Non Restraint bedeutete nicht nur wegen der Aufhebung des mechanischen Zwanges einen so ungeheuren Fortschritt in der Behandlung Geisteskranker, sondern vor allem deshalb, weil die Einführung dieses Systems notwendigerweise eine ganz andere Irrenfürsorge, als die bis dahin für richtig gehaltene, verlangen mußte. Man vergegenwärtige sich nur, in welcher Lage sich vorher die Geisteskranken an manchen Orten befanden. Als sie auf elendem Strohlager, in stinkender Luft zusammengepfercht lagen, an Ketten geschmiedet, rohen Wärtern fast ganz überlassen, war die mechanische Beschränkung nicht einmal das ärgste Übel, unter dessen Druck die Kranken schmachteten, und Conolly selbst betont ja mit besonderem Nachdruck, daß das Non Restraint nur dann einen Wert hat, wenn auch im übrigen die Behandlung des Geisteskranken eine völlig andere werde, wenn aus der Anstalt „nicht bloß mechanische Beschränkungsmittel, sondern auch jede Härte und Nachlässigkeit verschwunden sind“.

Man lese nur *Conollys* Schilderung[1]) über die Behandlungsweise, die er bekämpfen mußte. „Die Kranken waren eine schutzlose Herde, der Gnade von Männern und Frauen anvertraut, die immer hart und strenge, oft grausam und manchmal brutal waren. Das steht protokollarisch fest und kann weder geleugnet, noch durch Erläuterungen beseitigt werden. Kalte Zimmer, Strohbetten, magere Kost, dürftige Kleidung, ungenügendes Bettzeug, Finsternis, verpestete Luft, Siechtum und Leiden, Nachlässigkeit der Ärzte — all dies war etwas Gewöhnliches und muß es, wie auch immer bemäntelt, überall bleiben, wo das Zwangssystem ein Gegenstand des Lobes bleibt. Vor Anstellung von Kommissären, denen die Untersuchung der Asyle zustand, war man so sicher verborgen, daß, um das Maß des Übels voll zu machen, ekelhafter Schmutz, wimmelndes Ungeziefer und Wärterpeitschen ohne Gefahr noch hinzukommen konnten. Barmherzigkeit, Mitleid, schickliche Rücksicht für Kummer, Alter und Geschlecht kannte man nicht. Jünglinge und Greise, Männer und Frauen, Rasende und Melancholische wurden mißhandelt und ärger vernachlässigt als die Tiere des Feldes. Die Zellen eines Asyls glichen den Käfigen einer schmutzigen Menagerie; das Stroh war ausgesucht schlecht, die Nahrung wurde durch Gitter hindurch geschoben; Äußerungen von Wahnsinn traten zutage, wie sie heute nicht mehr vorkommen, denn sie waren nicht das Produkt einfacher Krankheit, sondern durch Mißhandlung verschlimmerter Krankheit.“

[1]) *John Conolly*, Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang. Deutsch von *Brosius*, Lahr 1880, S. 20 ff. Ausdrücklich bemerke ich, daß *Conolly* bei dieser Schilderung englische Zustände im Auge hatte.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Das Zwangssystem schließt jedes nur mögliche Übel einer schlechten Behandlung, jedes positive und negative Vergehen in sich, während die wachsame, vorsichtige, beinahe väterliche Leitung der Irren, die man unter dem Ausdruck „Non Restraint" begreift, Schutz gegen das alles gewährt; das ist sein wahrer Charakter, wenn es richtig verstanden und gehandhabt wird. Es ist in der Tat vor allem wichtig zu beachten, und das zu erläutern, ist der Hauptzweck dieses Werkes, daß die bloße Abschaffung von Fesseln und Beschränkungsmitteln nur einen Teil dessen bildet, was man eigentlich Non-Restraint-System nennt."

„Wenn z. B. früher eine junge gebildete Frau mit akuter Manie, die heftig lärmte, zerstörungsüchtig und unreinlich war, in einem großen Asyl ankam, so wurde sie gewaltsam entkleidet, gebunden und auf Stroh gelagert; man schüttete ihr starke Arzneien mit Gewalt ein, und sie wurde alsdann. stundenlang sich selbst überlassen und nicht weiter beachtet. Das Strohlager verursachte ihr Qual von Kopf bis zu Füßen, aber sie war nicht Herr ihrer Hände; ihre Lage ärgerte und erbitterte sie, aber ihre Füße waren gebunden, und sie konnte es nicht ändern. Die Arznei verursachte Übelbefinden und Purgieren; stundenlang blieb sie in unbeschreiblichem Elend liegen, wurde dann aufgenommen, auf dem harten Steinpflaster abgewischt oder sogar abgefegt, und endlich, wenn sie erschöpft und halbtot war, wurde ihr vielleicht die Wohltat eines warmen Bades und ein oder die andere schickliche Rücksicht zuteil."

Solche Zustände mußte *Conolly* bekämpfen, und die Bekämpfung einer derartigen Behandlungsweise nannte er Non Restraint. Das Non-Restraint-System hat manchenorts erst die Humanität in die Behandlung der Geisteskranken eingeführt, und wenn wir im Geiste des Non Restraint handeln, so kann unser Handeln in jedem einzelnen Fall immer nur geleitet sein von der Frage: wie kann ich diesem Kranken auf die humanste Weise helfen? Es wird sich hierbei öfter herausstellen, daß für manche Patienten ein mechanischer Zwang das Humanere ist, und in einem solchen Fall dürfen wir nicht dem Non-Restraint-System zuliebe eine unhumanere Behandlungsweise wählen.

Es wäre an zahlreichen Beispielen leicht darzulegen, wie das sportmäßige Festhalten am Buchstaben des Non Restraint häufig dazu geführt hat, durch Erzeugung des S c h e i n e s von zwangloser Einrichtung in Wirklichkeit nur einen größeren Zwang hervorzurufen. Ich will nur ein Beispiel anführen: die Fenstergitter. Nach dem Buchstaben des Non Restraint war es eine Zeitlang Mode, alle Fenstergitter zu verbannen. Da man aber doch verhindern mußte, daß die Kranken zum Fenster hinausspringen, so war man, wenn man das letztere dem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Non Restraint zuliebe nicht einfach riskieren wollte, genötigt, allerlei Ersatzmittel für die verpönten Gitter einzuführen. Man machte also z. B. nur mit dem Schlüssel zu öffnende Fenster mit kleinen, in eisernen Rahmen befindlichen Scheiben. Das waren dann keine Gitter mehr, sondern Fenster, die aber genau so aussahen wie Gitter, und die dem Kranken nicht nur die nämliche sondern eine größere Beschränkung auferlegten, als die früheren Gitter. Nun konnte allein der Wärter das Fenster öffnen, und der Kranke empfand natürlich diesen Abschluß von der frischen Luft sowohl in psychischer als in physischer Hinsicht. Oder man nahm seine Zuflucht zu den schmalen drehbaren Fenstern, durch die der Kranke den Kopf nicht hindurchstecken kann, eine Einrichtung, die zwar den Schein der Gitter vermeidet, aber die Wirkung derselben dem Kranken viel peinlicher zum Bewußtsein bringt, weil diese Einrichtung gegen das Prinzip der Offenheit auch dem Geisteskranken gegenüber verstößt, indem sie ein gitterloses Fenster ihm vortäuscht.

Jeder Irrenarzt muß auch mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln rechnen, und nicht jede Anstalt ist in der Lage, nach jeder Richtung hin gleich gut ausgerüstet zu sein. Nun ist ja bis zu einem gewissen Grade der Anstaltsleiter für das Vorhandensein der entsprechenden Einrichtungen verantwortlich, insofern als er mit aller ihm zu Gebote stehenden Energie von seinen Behörden das zu fordern hat, was der Stand der Wissenschaft verlangt. Aber ultra posse nemo obligatur. Er ist nicht in der Lage, von heute auf morgen z. B. die jetzt geforderten Dauerbadeeinrichtungen aus dem Boden zu stampfen, die nicht nur in ihrer Einrichtung, sondern auch in ihrem Betrieb große Summen verschlingen. Auch in den günstigsten Fällen ist er häufig gezwungen, lange zu warten, bis seine Wünsche endlich erfüllt werden, und bis dahin hat er sich eben mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu behelfen.

Niemand wird übrigens behaupten wollen, daß heute das letzte Wort über die beste Behandlungsart unruhiger Geisteskranker schon gesprochen ist, und wie schwierig die Aufgabe ist, erregte Patienten zu beruhigen, darüber können uns auch die modernsten Dauerbadeeinrichtungen nicht hinwegtäuschen. Es ist eine von niemandem bestrittene Tatsache, daß eben nicht alle erregten Geisteskranken lediglich auf Zureden sich in die Wanne führen lassen und in der Wanne


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bleiben. Kranke, die das tun, bleiben nicht selten auch freiwillig im Bett, so daß für diese die Dauerbadbehandlung, die ja nur eine Vorbereitung für die Bettbehandlung sein soll, überflüssig ist. Halte ich aber den Patienten durch einen Deckel, durch ein Netz, durch ein Leintuch oder gar durch Wärterfäuste in der Wanne fest, so habe ich das Non Restraint durchbrochen, nicht nur weil ich überhaupt ein mechanisches Zwangsmittel, sondern weil ich eines angewendet habe, obwohl ein humaneres möglich gewesen wäre. Denn, wenn ich den Kranken einmal mechanisch festhalte, dann ist es doch zweifellos menschlicher, ihn im Bett statt im Bade festzuhalten. Auch die Vorbereitung durch einen nassen Wickel führt nicht in allen Fällen zum Ziel. Ist der Wickel kein mechanisches Zwangsmittel, d. h. wird die äußere Hülle nicht festgenäht, zugebunden, oder auf andere Art fest verschlossen, so bleiben wohl eine Anzahl Patienten ruhig im Wickel liegen, aber nicht alle. Es bleiben also immer eine Anzahl von unruhigen Patienten übrig, die durch eine zwanglose Vorbehandlung zum freiwilligen Verbleiben im Bad nicht vorbereitet werden können.

Dürfen wir es aber als einen besonderen Triumph moderner Behandlung bezeichnen, wenn wir ein schön ausgestattetes Badezimmer betreten mit zahlreichen prachtvollen Wannen, die aber alle nur Wasser und keine Patienten enthalten, während die Kranken nackt im Raume herumtoben, dergestalt, daß höchstens von einem Dauer-Luft-Bad gesprochen werden kann? Wir werden aus einem solchen Anblick gewiß nicht die Folgerung ziehen, daß die Dauerbadbehandlung wertlos ist — das hieße wirklich das Kind mit dem Bade ausschütten —, sondern wir werden nur daraus erkennen, daß auch die Dauerbadbehandlung nicht alle therapeutischen Aufgaben lösen kann, daß sie ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel sein kann, daß sie aber nicht für alle Patienten anwendbar ist.

Ich sagte oben, ein im richtigen Geiste verstandenes Non Restraint heißt nicht: es dürfen keine Zwangsmittel angewendet werden, sondern es heißt: es müssen die humansten Mittel angewendet werden, die im gegebenen Fall zur Verfügung stehen. Die Behandlung der Geisteskranken läßt sich ohne Zwangsmittel ja nicht durchführen. Schon allein die Einsperrung des Kranken in der Irrenanstalt ist ein Zwangsmittel, ebenso die Einschließung desselben in den Wachsaal oder die Isolierung. Und daß z. B. *Conolly* unter dem Non Restraint nicht die


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entfernung aller Zwangsmittel verstanden hat, geht am deutlichsten aus der Tatsache hervor, daß er statt der Fesselung des Kranken die Einsperrung desselben in der Polsterzelle empfahl. Er hat also ein Zwangsmittel durch ein anderes ersetzt, und der Fortschritt bestand nur darin, daß das neue Zwangsmittel das humanere war. Es ist ja ohne weiteres selbstverständlich, daß die direkte Fesselung des Körpers durch Ketten, Stricke, Zwangsjacke u. dgl. eine viel unmenschlichere Behandlung des Geisteskranken ist, als die Isolierung desselben in einer Polsterzelle, in welcher der Patient wenigstens über die freie Bewegung seiner Glieder verfügt. Wir stehen ja allerdings in bezug auf die Wertschätzung der Isolierzelle und speziell der Polsterzelle nicht mehr auf dem *Conolly*schen Standpunkt. Wohl gibt ès Kranke, auf welche der Isolierraum günstig einwirkt, die daselbst ruhig im Bett liegen bleiben, und in solchen Fällen kann gegen die Isolierung gewiß nichts eingewendet werden. Aber das Einzelzimmer als Tobzelle, in welcher die Behandlung des Kranken einfach aufgegeben wird, in welcher der Kranke herumtobt, zerstört, schmiert u. dgl., ist zwar humaner als die Zwangsjacke, aber sie ist eine Kapitulation des ärztlichen Könnens und doch noch immer inhuman genug.

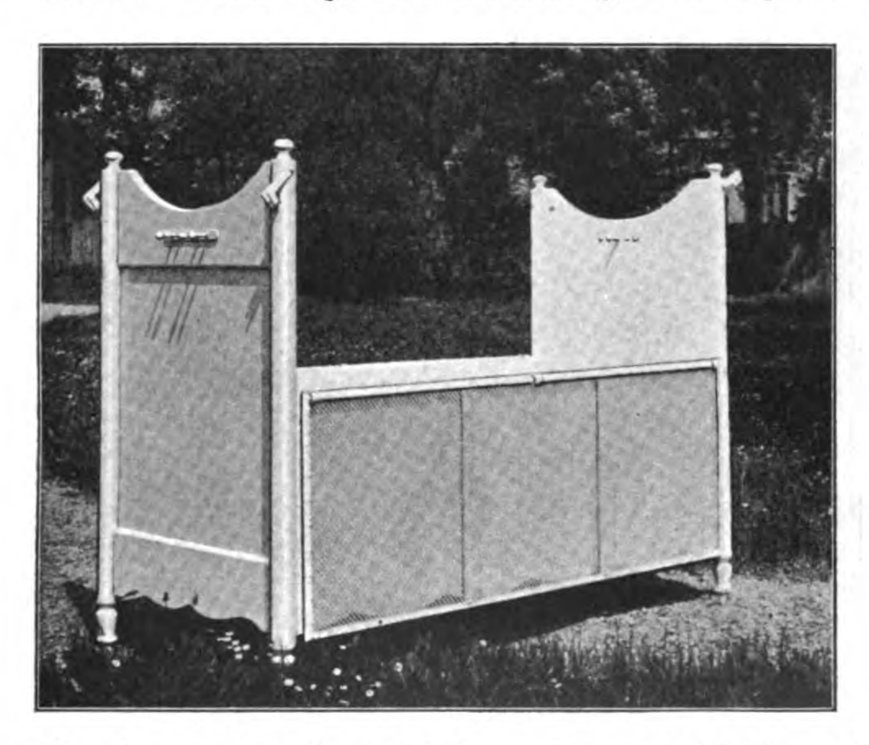
Seit einigen Jahren habe ich versucht, das inhumane Zwangsmittel der Tobzelle durch ein, wie mir scheint, humaneres Zwangsmittel, durch ein Schutzbett zu ersetzen, das von *Walter* vor einiger Zeit beschrieben worden ist[1]), und das, wie ich übrigens erst nach längerem Gebrauch erfuhr, wenn auch nicht seiner speziellen Einrichtung nach, so doch in seinem Prinzip schon lange besteht und, wie es scheint, in einer Anzahl von Irrenanstalten Anwendung findet. Die Not hat mich zu der Konstruktion dieses Schutzbettes geführt, als ich vor die Notwendigkeit gestellt war, mit den Einrichtungen einer seit über 20 Jahren unverändert bestehenden Anstalt auszukommen. Zwar habe ich sofort mit aller Energie die erforderlichen Neueinrichtungen erbeten, aber trotz aller Bemühungen, in denen ich durch meine vorgesetzte Behörde aufs verständnisvollste unterstützt worden bin, hat sich die Erfüllung unserer Forderungen immer wieder hinausgezögert, und erst in zwei Jahren kann ich hoffen, über einen neuen Pavillon wenigstens auf der

[1]) *Walter*, Über ein Schutzbett f. erregte Geisteskr. Psych.-Neur. Wchnschr. 10. Jahrg. 1908/9.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Frauenseite zu verfügen, der allen Anforderungen der heutigen Wissenschaft entspricht. Bis dahin mußte und muß ich mich behelfen mit dem, was mir zur Verfügung steht.

Obwohl aber die Konstruktion dieses Schutzbettes in erster Linie einer, wie ich hoffen darf, vorübergehenden Notlage entsprang, so habe ich trotzdem zu meiner eigenen Überraschung Erfahrungen mit ihm



gesammelt, die es mir wahrscheinlich machen, daß ich dieses Hülfsmittel auch später in günstigerer Lage nicht völlig fallen lassen werde.

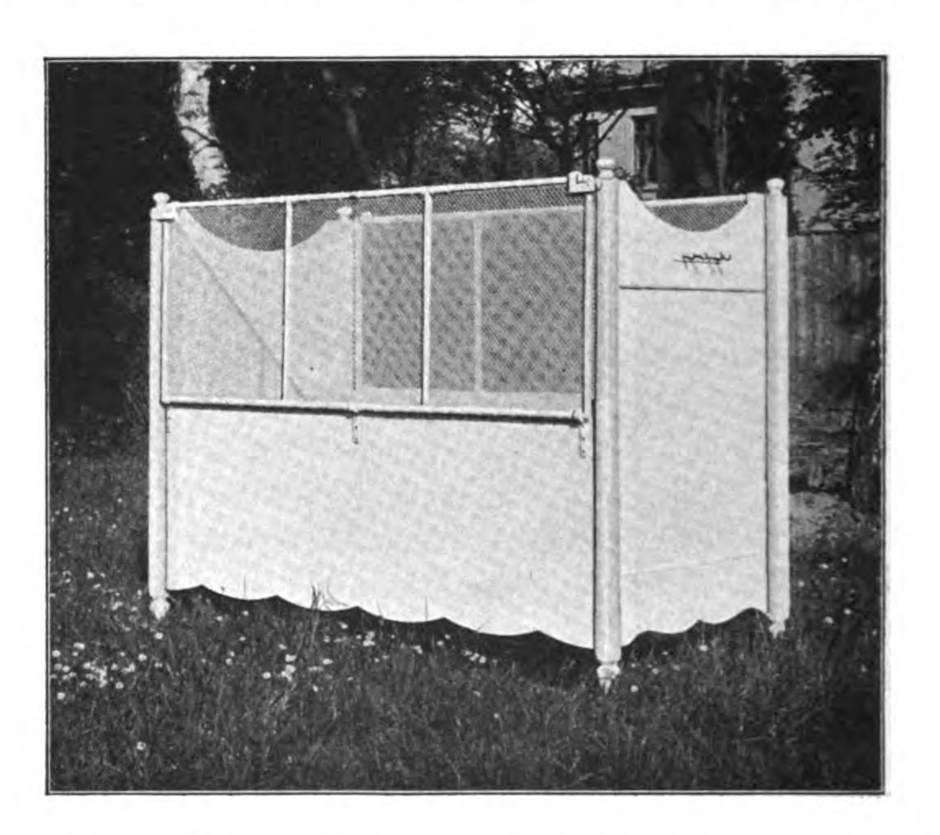
Das Schutzbett ist im wesentlichen ein aus Eisenstangen und Drahtgeflecht hergestelltes Bett mit beweglichen Seitenwänden, welche hochgestellt und auch dachartig gegeneinander geneigt werden können. Bei heruntergelegten Seitenteilen ist es ein Bett wie jedes andere. Bei hochgestellten Seitenteilen ist es ein oben offenes Bett mit hohen Wänden, wie sie vielfach in der Irrenpflege gebräuchlich sind. Bei dachförmig aneinandergestellten Seitenteilen ist der Patient nicht mehr imstande, das Bett zu verlassen oder in demselben zu stehen, er kann nur in demselben sitzen oder liegen. Abgesehen von der sitzenden oder liegenden Lage, zu welcher der Kranke gezwungen wird, ist er natürlich Herr über seine Glieder, und er liegt nicht anders im Bett wie alle andern Menschen. Der Kranke ist also nur zu derjenigen Situation

Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Bett gezwungen, die der Arzt von jedem körperlich Kranken verlangt. Eine direkte Fesselung des Körpers besteht nicht, und das Zwangsmittel erscheint mir deshalb als ein durchaus humanes. Man hat gegen dasselbe eingewendet [1]), es mache einen käfigartigen Eindruck, und der Kranke sei in demselben wie ein wildes Tier eingesperrt.



Wer so urteilt, der urteilt eben nicht sachlich, sondern nur nach dem Scheine. Obwohl ich nicht zugebe, daß das Schutzbett einen irgendwie abschreckenden Eindruck macht, so ist für mich doch die in erster Linie in Betracht kommende Frage nicht diejenige, wie das Schutzbett aussieht, sondern diejenige, was es leistet.

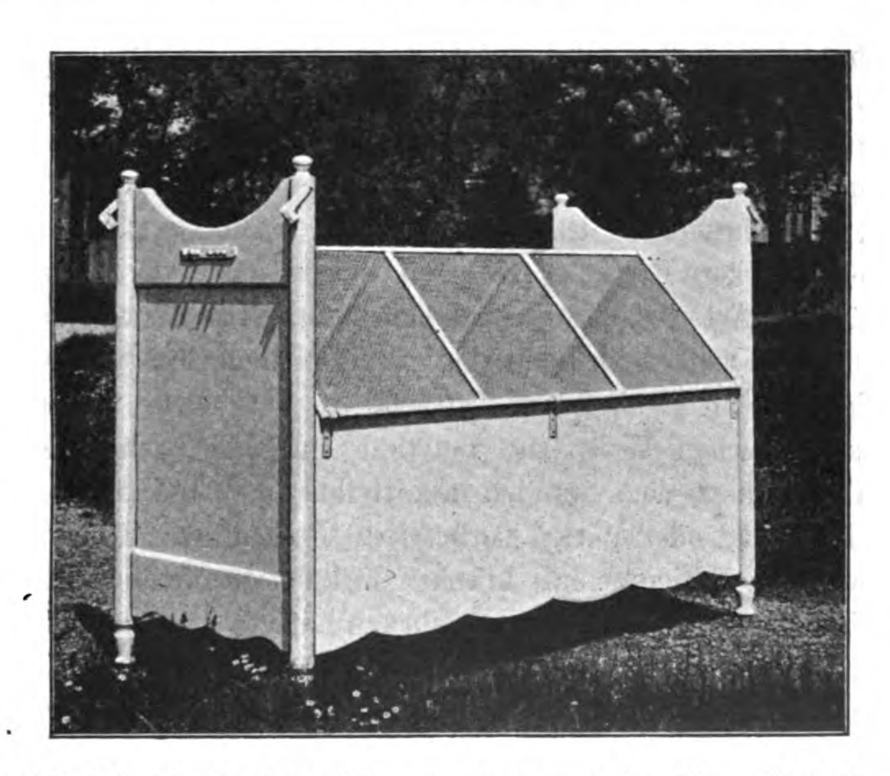
Das Schutzbett sieht nur in dem Sinne käfigartig aus, wie dies von einem modernen Kinderbett behauptet werden kann, dem es auch in jeder Hinsicht nachgebildet ist; ja, es ist weiter nichts, als ein vergrößertes Kinderbett, dessen bewegliche oberen Seitenteile auch

---

[1]) *Baller*, Sind Isolierräume und Einzelzimmer in der modernen Behandlung Geisteskranker unter allen Umständen überflüssig geworden? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, S. 332 ff.

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nach innen umgelegt werden können. Statt daß ich sage, der Kranke liege in demselben wie ein Tier im Zwinger, kann ich auch sagen, er liegt in demselben wie ein Kind im Kinderbett. Vergleiche ich den Patienten aber lieber mit einem wilden Tier, ein Vergleich, der bei einem aufgeregten Kranken zwar nicht sehr geschmackvoll, aber sachlich nicht immer unberechtigt ist, so darf ich sagen: der Kranke liegt in



dem Schutzbett wie ein ruhig gewordenes wildes Tier. Hat aber das Schutzbett diesen Erfolg hervorgerufen, so ist die Frage, wie es aussieht, eine erst in zweiter Linie kommende. Wie sieht denn ein gynäkologischer Untersuchungsstuhl aus? Wie sieht ein Heißluftbett aus? Wie sieht ein mechano-therapeutisches Institut aus mit seinen absonderlichen Apparaten, die uns an mittelalterliche Folterkammern erinnern? Nicht wie sie aussieht, sondern welche Wirkung sie hat, ist die erste, ist die einzige Frage, von deren Beantwortung die Existenzberechtigung einer therapeutischen Einrichtung abhängt.

Wenn ich sagte, der äußere Eindruck sei nicht die erste in Betracht kommende Frage, so will ich damit nicht sagen, daß diese Frage gar nicht mitzusprechen hat. Ich habe mich deshalb schon vor längerer Zeit bemüht, den käfigartigen Eindruck dieses Schutzbettes dadurch

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu beseitigen, das daß ganze Bett in Holz hergestellt wird, während nur die beweglichen Seitenteile aus Eisen und Drahtgeflecht bestehen, wie die beistehenden Abbildungen zeigen. Durch einen freundlichen weißen Anstrich hat das Schutzbett ein derartiges äußeres Ansehen, daß selbst der vorurteilsvollste Betrachter nichts gegen dasselbe einwenden kann, wenn er sich überzeugt hat, daß es günstige Erfolge aufzuweisen hat.

Über unsere bisherigen Erfolge hat Walter in dem erwähnten Aufsatz schon berichtet. Ich kann dieselben auf Grund der seither gemachten Erfahrungen nur bestätigen. Die Einrichtung war ursprünglich erdacht in erster Linie für relativ ruhige Patienten, die nur die Neigung haben, fortwährend aus dem Bett zu gehen und umherzulaufen, ohne dabei eine stärkere Erregung zu zeigen, wie wir dies z. B. bei manchen Senilen und Arteriosklerotikern beobachten. Die Erwartung, daß viele solcher Kranken im Schutzbett ruhig bleiben, hat sich durchaus bestätigt. Wenn es aber eine Tatsache ist, daß solche Patienten in einer so einfachen Weise zur Bettruhe veranlaßt werden können, warum soll ich zu dem, was ich unmittelbar bewirken kann, sie erst durch Dauerbad oder Wickel vorbereiten, Prozeduren, die gerade für die erwähnten Patienten mit kranken Zirkulationsorganen oft direkt kontraindiziert sind? Und die Erfahrung hat gezeigt, daß es in zahlreichen Fällen nach einiger Zeit möglich ist, das geschlossene Schutzbett zu öffnen, den Patienten im Bett mit hochgestellten Seitenwänden liegen zu lassen oder die Seitenwände ganz herunterzuklappen, so daß er schließlich in einem ganz gewöhnlichen Bett liegt. Die Erfahrung, daß ein Versuch, das Bett zu verlassen, durch Verschluß desselben vereitelt wird, hat bei manchen Kranken die unmittelbare Wirkung, daß sie im geöffneten Bett ruhig liegen bleiben. Warum soll ein solches Mittel, auf die Psyche des Kranken unmittelbar günstig einzuwirken, nicht angewendet werden?

Das Verbringen des Patienten in das verschlossene Schutzbett ist auch nur eine Vorbereitung zur Behandlung im offenen Bett. Aber infolge der Leichtigkeit des Öffnens und Schließens kann der Versuch einer offenen Bettbehandlung immer wieder gemacht werden, ohne daß mit dem Kranken selbst eine Veränderung vorgenommen wird. Niemand kann bestreiten, daß diese Versuche für den Kranken schonender sind, als das mehrmalige Ein- und Auspacken desselben, das


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verbringen in die Badewanne und die dazwischen gemachten Versuche, ob es wieder im Bett geht.

Gerade die Schonung der körperlichen Kräfte halte ich für einen Hauptvorzug des Schutzbettes. Wir haben z. B. seit längerer Zeit eine katatonische Frau mit einem schweren Herzfehler. Die Patientin zeigt häufig einen außerordentlich starken Bewegungsdrang, in dem sie ruhelos umherläuft, bis sie ermattet und dyspnoisch niedersinkt. Die Einnahme von Medikamenten wird verweigert. Die Behandlung einer Kompensationsstörung lediglich durch Injektionen, besonders bei einem motorisch erregten Patienten, ist bekanntlich eine schwierige und unsichere Sache, und mit hypnotischen Mitteln muß man bei Herzkranken natürlich sehr vorsichtig sein. Eine Behandlung mit feuchten Einpackungen war hier selbstverständlich kontraindiziert, prolongierte Bäder, wenn man sie hätte riskieren wollen, wären nur durch zwangmäßiges Festhalten im Bade möglich gewesen. Als die Patientin vor einigen Wochen, im Zustand größter motorischer Unruhe, hochgradiger Dyspnoe und starken Ödemen am ganzen Körper, zu kollabieren drohte, wurde sie ins Schutzbett gebracht und beruhigte sich sehr bald. Die liegende oder sitzende Lage wurde beibehalten, die Ödeme schwanden, die Dyspnoe ging vorüber und der Herzfehler wurde wieder kompensiert. In diesem Falle hat das Schutzbett lebensrettend gewirkt.

Besonders günstige Erfahrungen haben wir ferner gemacht mit Katatonikern, die zu impulsiver Gewalttätigkeit neigen. Wir haben gegenwärtig zwei Kranke, die zeitweise ganz ruhig im Bett liegen, dann plötzlich aufspringen und sich auf andere Kranke stürzen. Beide unterlassen im geschlossenen Schutzbett jeden derartigen Versuch. Hier könnte gegen die Anwendung des Schutzbettes, besonders nachts, auch dann von niemandem etwas eingewendet werden, wenn uns nächtliche Dauerbädereinrichtungen jetzt schon zur Verfügung stünden. Auch müßte, wenn man solche Kranke nicht einfach narkotisieren will, bei jeder andern Behandlung eine größere Anzahl von Wärtern auch für die Nacht zur Verfügung stehen. Ich habe für jede Wachabteilung nur eine einzige Nachtwache. Die Aufstellung mehrerer Nachtwachen in einem Wachsaal hat nach meinen Erfahrungen auch gar keinen Zweck, denn in Wirklichkeit wacht dann immer nur einer, der die Uhr sticht; eine Kontrolle für beide Nachtwachen wäre nur einiger-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

maßen möglich, wenn für die Nacht ein besonderer Oberwärter und ein besonderer Arzt zur Verfügung stünde. Wie viele Anstalten befinden sich aber in dieser glücklichen Lage?

Ich bin weit davon entfernt, das Schutzbett für ein universales Behandlungsmittel erklären zu wollen, sondern schlage es nur vor für Fälle, in denen andere Behandlungsmethoden nicht zur Verfügung stehen oder versagen oder kontraindiziert sind. Aber ich behaupte, daß es eine Anzahl von Kranken gibt, die durch die Schutzbettbehandlung unmittelbar beruhigt werden. Das ist eine unbestreitbare Tatsache, die zum mindesten wissenschaftliches Interesse hat, und die uns berechtigen muß, in geeigneten Fällen auch praktischen Nutzen aus ihr zu ziehen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gutachten über den Fall L.

Von
Dr. R. Lehmann,
Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg i. Schl.
(Dir.: Sanitätsrat Dr. *Buttenberg*).

Nachstehend möchte ich über einen auf Grund von § 81 St. P. O. der hiesigen Anstalt zur Beobachtung überwiesenen Fall berichten, der sowohl durch die äußeren Umstände, die seinerzeit Gegenstand mehr oder minder umfangreicher Besprechungen in der Presse bildeten, als auch aus psychiatrischen Gründen nicht eines allgemeineren Interesses entbehren dürfte. Es handelt sich, um das gleich vorwegzunehmen, um einen ehemaligen Angehörigen der Schutztruppe, der nach seinem Ende März 1908 erfolgten Ausscheiden aus ihr in F. eine Reihe von Betrugsmanövern unter dem angenommenen Titel eines „Polizeimeisters von Duala" verübte und hinterher behauptete, sich zur Zeit der ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen in einem Anfall von „Größenwahn" befunden und unter einem „unwiderstehlichen Zwange" gehandelt zu haben.

Von einigen Modifikationen abgesehen, folgen Vorgeschichte, Ergebnisse der Anstaltsbeobachtung und Gutachten in der ursprünglichen Fassung.

Vorgeschichte. — Der Maschinenbauer Karl L. aus F., geboren 1881 zu Badutz (Rußland), nicht vorbestraft, wird laut Anklageschrift der Staatsanwaltschaft zu Sch. vom 21. Juni 1908 beschuldigt, in der Zeit von März bis Mai 1908 in F. unberechtigt eine Uniform getragen und verschiedene Betrügereien verübt bzw. den Versuch dazu unternommen zu haben. L. befand sich von März 1906 in Südwestafrika bei der Schutztruppe im Dienst; da er krankheithalber für die weitere Verwendung in der Schutztruppe ungeeignet wurde, erfolgte seine Überweisung als Polizeisergeant nach Rehoboth. Im Januar 1908 erfolgte krankheithalber sein Rücktransport nach seiner Heimatstadt F. Hier wußte er sich durch sein sicheres und gewandtes Auftreten und dadurch,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß er auch nach seinem am 31. März 1908 erfolgten Ausscheiden aus der Schutztruppe weiterhin die Uniform derselben trug, ein gewisses Ansehen in Bürgerkreisen zu verschaffen und auch in besseren Familienkreisen Zutritt zu finden. Er benutzte diese Umstände zur Verübung verschiedener Betrügereien. Die einzelnen Fälle sind folgende:

1. Von einer Frau Sch., deren Ehemann sich in Südwestafrika befindet, und welche die Hilfe des L. in Anspruch nehmen wollte, ihr zu den von ihrem Ehemann noch geschuldeten Unterhaltungskosten zu verhelfen, ließ er sich im März oder April den Betrag von 20 Mark geben, versprach ihr, die Angelegenheit einem ihm bekannten Rechtsanwalt in Südwestafrika zu übergeben und das Geld an ihn als Vorschuß einzusenden. Als die Sch. später erfuhr, daß er abreisen wolle, forderte sie ihn auf, ihr den Posteinlieferungsschein über die Absendung des Geldes vorzulegen oder ihr die 20 Mark zurückzugeben. L. versprach es am nächsten Tage zu tun, ließ sich aber nicht mehr blicken.

2. Am 9. April erbat und erhielt er von dem Gastwirt H. ein Darlehn von 30 Mark, indem er angab, er brauche das Geld zu einer Reise nach Berlin zwecks Ablegung eines Examens; er besitze ein Sparkassenbuch über 800 Mark, habe aber das Geld nicht so schnell flüssig, er werde das Geld innerhalb 4 Tagen zurückzahlen. — Die Angaben des L. erwiesen sich als unwahr. Trotz mehrfacher Mahnungen erhielt H. sein Geld nicht zurück, sondern erst später von dem ehemaligen Schwiegervater des L. ersetzt.

Darauf fuhr L. für einige Zeit nach Berlin. Nicht lange nach seiner Abreise traf in F. ein an die dortige Lokalzeitung, den „F. Boten“, gerichtetes, mit den Buchstaben „R. K. A.“ (soll bedeuten: Reichs-Kolonial-Amt) unterzeichnetes Telegramm des Inhalts ein, daß L. vor dieser Behörde das Examen als Polizeimeister bestanden habe und unter Versetzung an das Hafenamt von Duala zum Polizeimeister ernannt worden sei. L. bestätigte nach seiner bald darauf erfolgten Rückkehr nach F., wo er die Uniform eines Polizeimeisters mit entsprechend höheren Rangabzeichen trug, der Redaktion der Zeitung gegenüber, daß der Inhalt des Telegramms den Tatsachen entspreche, und daß in derartigen Fällen das Reichskolonialamt an die Presse des betreffenden Heimatortes direkt eine Mitteilung ergehen lasse. Daraufhin veröffentlichte der „F. Bote“ unter begleitenden Worten der Anerkennung für L. das Telegramm. L. erschien nun überall in Uniform, gab sich als Polizeimeister aus und hatte sich auch noch ein weiß-schwarz-weißes Ordensband beigelegt; es gelang ihm, da die Leute seinen Angaben, insbesondere mit Rücksicht auf das im „F. Boten“ veröffentlichte Telegramm, Glauben schenkten, noch weitere Betrügereien zu verüben.

3. Am 9. Mai verkaufte ihm der Fahrradhändler K. ein Fahrrad für 180 Mark, von denen L. 90 Mark am 11. Mai und den Rest im Juni bezahlen wollte. Nach einigen Tagen erschien er mit der Angabe, daß er



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bereits Anfang Juni nach Kamerun abreise, daß er in den nächsten Tagen sein Gehalt bekäme und unmittelbar darauf den Kaufpreis bezahlen werde. Tatsächlich hat der Angeklagte das Rad nicht bezahlt, dafür erhielt K. am 28. Mai einen Brief von ihm aus Landeshut, worin er ihm mitteilt, daß er bereits die Ausreise nach Afrika angetreten habe und den Betrag nebst Zinsen bis spätestens 15. August bezahlen werde, und ihn bittet, bis zu diesem Termin Stillschweigen zu bewahren.

4. Von dem Schuhwarenhändler A. hatte er ein Paar braune Schnürstiefel gegen Bezahlung gekauft. Nach einiger Zeit kaufte er ohne Bezahlung verschiedene Schuhwaren, u. a. ein Paar große braune Reitstiefel für Südwestafrika, wobei er dem A. erzählte, daß er den Staatssekretär Dernburg auf seiner Reise nach Südwestafrika begleiten müsse. A., der das Telegramm im „F. Boten“ gelesen und von der inzwischen erfolgten Verlobung des Angeklagten mit der Tochter des Molkereibesitzers K. erfahren hatte, ließ sich dadurch zur Hergabe der Sachen bestimmen.

5. Ungefähr um dieselbe Zeit verlobte sich L., obwohl er bereits in Berlin Beziehungen mit einem Hausmädchen D. angeknüpft hatte, mit der Tochter des Molkereibesitzers K. in F. Die Verlobung kam nur dadurch zustande, daß er sich als Polizeimeister ausgab. Er verkehrte mehrere Wochen täglich in der Familie und genoß Speise und Trank, was ihm nicht gewährt worden wäre, wenn K. gewußt hätte, daß die Angaben des L. auf Unwahrheit beruhen.

6. Seine Braut bewog er einmal zur Hergabe ihres Portemonnaies mit etwa 14 Mark Inhalt, die er zur Begleichung der gemeinsamen Zeche bei Spaziergängen benutzte.

7. Den K., den Vater seiner Braut, suchte er dadurch zu schädigen, daß er ihn um ein Darlehn von 500—600 Mark bat, indem er ihm vorschwindelte, daß er diese Summe zur Ausreise auf seinen neuen Posten als Polizeimeister brauche. K. lehnte aber trotz zweimaligen Ersuchens, und obwohl sich L. auf die Depesche im „F. Boten“ berief, die Hergabe des Geldes ab.

8. Den Gastwirt M. suchte er dadurch um 300 Mark zu betrügen, daß er ihn zu bewegen suchte, einen über diese Summe auszustellenden Wechsel als Bürge zu unterzeichnen, unter der Vorspiegelung, daß er in Berlin ein Sparkassenbuch von 800 Mark liegen habe, das er ihm als Sicherheit für die Unterschrift geben wolle. Als ihm M. erklärte, er würde ihm das Geld gegen Aushändigung des Sparkassenbuches ohne Wechsel geben, ging der Angeklagte fort, ohne wiederzukommen.

Außer den Betrügereien in F. hatte er solche auch gegenüber dem oben erwähnten Hausmädchen D. in Berlin verübt. Nach deren Anzeige hatte der Angeklagte ihr schon 1906 vor seinem Übertritt in die Schutztruppe, während er bei der Versuchsabteilung in Schöneberg stand, die Ehe versprochen. Nach seiner Rückkehr aus Afrika besuchte er sie von F. aus in ihrer Stellung am 12. April 1908, erklärte ihr, daß er sie zum


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Juli heiraten wolle, und schwindelte ihr den Betrag von 500 Mark ab, die er angeblich als Kaution für eine Kassenassistentenstelle bei der Reichsbank in Breslau benötigte. Später wollte er noch weitere 700 Mark haben, die angeblich noch zur Bezahlung der für die Wohnungseinrichtung bestellten Möbel fehlten, die D. lehnte aber die Hergabe des Geldes ab. Dagegen schickte sie ihm einige Zeit später auf seine telegraphische Aufforderung 30 Mark; er hatte ihr nämlich von Magdeburg aus telegraphiert, er sei in einen falschen Zug gestiegen und zufällig ohne Barmittel.

Schließlich hat der Angeklagte eine Frau G. in Berlin in der Zeit vom 24. bis 28. Mai um Kost und Logis in Höhe von 13,50 Mark geprellt und einem gleichfalls dort wohnenden Lithographen einen Revolver entwendet.

Unterdessen hatte die Redaktion des „F. Boten", nachdem bereits verschiedentlich Mißtrauen und Zweifel bezüglich der Angaben des L. aufgetaucht waren, an das Reichskolonialamt die Anfrage gerichtet, ob und inwieweit das seinerzeit an den „F. Boten" gerichtete Telegramm authentisch sei, und darauf den Bescheid erhalten, daß dieser Behörde von der Aufgabe eines Telegramms nichts bekannt sei. L., dessen Schwindeleien nunmehr in der Tagespresse, zum Teil unter auffälliger Überschrift („eine Köpenickiade in Schlesien", „Betrügereien des schlesischen Kameruners"), Besprechung fanden, hatte sich unterdessen von F. entfernt und wurde am 29. Mai in Liegnitz, wo er sich in einem Lokal dem Vereinsvorstand ehemaliger Schutztruppler vorgestellt hatte und dort als der in den Tageszeitungen Geschilderte erkannt wurde, verhaftet, wobei ihm ein Revolver mit drei Patronen abgenommen wurde. Er gab bei seiner Verhaftung zu, die in den Zeitungen geschilderten Betrügereien verübt zu haben; es sei ihm unverständlich, wie er in einen solchen „Größenwahn" verfallen konnte; er hätte sich abends auf alle Fälle erschossen, wenn man ihn nicht festgenommen hätte; er sei sich bewußt gewesen, daß sein Erscheinen im Verein der Schutztruppler seine Verhaftung nach sich ziehen mußte, da sein Treiben in F. bereits in den Zeitungen veröffentlicht war.

Auch bei seinen gerichtlichen Vernehmungen gab er seine Schwindeleien in der Hauptsache zu. Er sei von März 1906 an bei der Schutztruppe in Südwestafrika in Dienst gewesen, aber infolge von Entbehrungen und Strapazen krank geworden und deshalb im Frühjahr 1907 als Polizeisergeant nach Rehoboth überwiesen worden. Als er auch diesen Dienst krankheithalber aufgeben mußte, habe er die Leitung der Zivilmesse (Zivilspeiseanstalt) in Rehoboth übernommen. Auch dieser Stellung sei er krankheithalber nicht gewachsen gewesen, weshalb er Anfang 1908 zur Heimreise nach Deutschland bestimmt worden sei. Als Leiter der Zivilmesse in Rehoboth habe er seine sämtlichen Ersparnisse zugesetzt und bei der Firma Boysen und Wolf noch für 2600 Mark Warenschulden gemacht, die ihm aber bis April 1908 gestundet worden seien. Nach seiner


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rückkehr nach Deutschland habe er in Berlin noch sein Gehalt bis März — etwa 203 Mark — erhoben und sei dann zu seinen Eltern nach F. gefahren. In der Erkenntnis, daß er die der Firma Boysen und Wolf geschuldete Summe nicht würde bezahlen können, im Hinblick darauf, daß die Firma mit weiterer Verfolgung der Angelegenheit durch einen Rechtsanwalt drohte, sowie beim Vergleich seiner eigenen unglücklichen Verhältnisse mit denen seiner zurückgekehrten Kameraden, die reichliche Geldmittel hatten, habe er sich ins Vergnügen gestürzt. Bei einer solchen Gelegenheit habe er Fräulein K. kennen gelernt. Seinen Eltern und denen, die es hören wollten, habe er erzählt, daß er Polizeimeister geworden sei. Er habe schließlich eingesehen, daß das Leben so nicht weiter gehen könne, und habe sich deshalb in Berlin einen Erwerb suchen wollen. Um einen Grund für die Abreise nach Berlin zu haben, habe er den Leuten in F. erzählt, er müsse ein Examen machen, und habe verschiedene Personen unter wahrheitwidrigen Angaben teils mit teils ohne Erfolg um Darlehn ersucht. Darauf sei er nach Berlin gefahren, wo er bei Frau G. Logis genommen und von der D. unter der falschen Angabe, daß er Reichsbank-assistent geworden, 500 Mark erschwindelt habe. Dann habe er die Depesche an den „F. Boten" betreffend seine angebliche Ernennung zum Polizei-meister aufgegeben. Welchen Zweck er damit verfolgt habe außer dem der Renommisterei, darüber sei er sich nicht klar. Bereits vor seiner Reise nach Berlin habe er in F. mit Fräulein K. über den Verlobungsplan gesprochen, tatsächlich aber habe er wegen der Aussichtlosigkeit der Verhältnisse gar nicht ernstlich die Absicht gehabt, sich mit ihr zu ver-loben; er habe überhaupt nicht mehr nach F. zurückkehren wollen; als letzteres doch geschehen, habe er auf ihre Anweisung hin die Zustimmung der Eltern zur Verlobung nachgesucht. Er sei dann wiederholt mit ihr ausgewesen; bei einer solchen Gelegenheit habe er ihr einmal gesagt, daß seine Geldmittel erschöpft seien und er noch kein Gehalt empfangen habe. Daraufhin habe sie ihm ihr Portemonnaie gegeben, und er habe von diesem Gelde wiederholt die gemeinsame Zeche bezahlt. Als ihn seine verschiedenen Schulden in F. immer mehr drückten und er um Bezahlung derselben angegangen wurde, habe er den Vater seiner Braut ohne Erfolg um 500 Mark angeborgt unter der Angabe, daß er seine Reise nach Duala antreten müsse. Daraufhin sei er wieder nach Berlin gefahren, da er sich gesagt habe, daß nunmehr doch alles entdeckt werden würde. In Berlin habe er dann die D. ohne Erfolg um 700 Mark angeborgt, mit welchem Gelde er die in F. gemachten Schulden habe bezahlen wollen. Er sei sich bewußt gewesen, daß er mit dem Geld, welches er noch besaß, der Frau G. weder Kost noch Logis bezahlen konnte, er habe aber auf das Geld der D. gerechnet. Er habe dann überhaupt nicht mehr nach F. zurückkehren, sondern in Antwerpen eine Stellung auf einem Ausland-dampfer annehmen wollen; das Gewissen aber habe ihm geschlagen, weshalb er zurückgekehrt sei.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei seiner Einlieferung in das Untersuchungsgefängnis in Liegnitz fand sich bei ihm ein Schreiben vor, worin er in überschwänglicher und zerknirschter Art seinen Entschluß zu sterben niedergelegt hatte, worin er seine Braut um Verzeihung für das Leid, das er ihr angetan, bittet und den Wunsch ausspricht, in voller Uniform begraben zu werden. Nicht Schlechtigkeit, sondern nur unverantwortlicher Leichtsinn sei es gewesen, dessen Folgen er leicht hätte gutmachen können, wenn man ihm noch einige Zeit gegönnt hätte.

Am 15. Juli 1908 beantragte L. Vertagung des bereits festgesetzten Termins zur Hauptverhandlung und Untersuchung auf seinen Geisteszustand, da er die ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen in einem Zustand von krankhafter Geistesstörung begangen habe, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Er berief sich darauf, daß er bereits im Januar 1908 in Windhuk auf hochgradige Nervosität hin untersucht worden sei, daß er in Südwestafrika Typhus und einen Ruhranfall durchgemacht und auch noch durch einen Sturz vom Pferde schwer gelitten habe; sein Chef, Hauptmann Graf von St., und Oberleutnant H. würden seine Nervosität bezeugen können. Der Gefängnisarzt, Kreisarzt Dr. L. bekundete, daß während des Aufenthaltes L.s im Untersuchungsgefängnis keine Beobachtungen gemacht worden seien, die auf Geistesstörung schließen ließen, empfahl aber in einer späteren Äußerung auf eine Mitteilung des Gefängnisaufsehers hin, daß der Angeklagte zeitweise einen kindischen Eindruck gemacht habe und zuzeiten wie abwesend gewesen sei, die weitere Beobachtung des unterdessen von L. in das Untersuchungsgefängnis zu Sch Überführten. In einem an seine Eltern gerichteten Brief erklärte L., die Straftaten nicht mit Absicht, sondern in einem Wahnanfall verübt zu haben. Er habe derartige Anfälle schon mehrere Male gehabt. Eine gewisse Schuld trügen seine Vorgesetzten in Südwestafrika, denen sein Zustand bekannt gewesen sei, und die für seine Überweisung in eine geeignete Anstalt hätten Sorge tragen müssen.

Am 31. Juli 1908 fand die Hauptverhandlung vor der Strafkammer in Sch. statt. L. gab auch hier die ihm zur Last gelegten Betrugsfälle zu, er habe aber in einem Wahn gehandelt, über den er sich jetzt noch nicht klar sei. Von den Anstrengungen bei der Schutztruppe und den mehrfachen Krankheiten sei er hochgradig nervös geworden, und er habe offenbar bei Begehung der Betrügereien unter der Nachwirkung dieser Krankheiten gestanden. Der Gefängnisaufseher bekundete, daß L. während seiner Internierung im Untersuchungsgefängnis zu Liegnitz mitunter erregt, mitunter still gewesen sei und auf Fragen manchmal ganz verkehrte Antworten gegeben habe. Von den beiden Sachverständigen hielt der Gefängnisarzt Dr. L. aus L. Neurasthenie für vorliegend, äußerte Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten und beantragte — im Gegensatz zu dem Gefängnisarzt Dr. H. aus Sch., der keine Bedenken gegen die Zurechnungsfähigkeit hatte — gemäß § 81 StPO. die Beobach-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

tung des Angeklagten in einer öffentlichen Irrenanstalt, ein Antrag, dem gerichtseitig stattgegeben wurde.

Anstaltsbeobachtung. — Bevor ich auf die Ergebnisse derselben eingehe, möchte ich an dieser Stelle kurz einige hier interessierende, mir während der Beobachtungszeit zugänglich gewordene Daten aus dem Vorleben des L. anführen.

1. Nach einer Auskunft der hiesigen Polizeiverwaltung ist über die Eltern des L. nichts Nachteiliges bekannt. Von seinen Schwestern hat eine zweimal, eine im Jahre 1891 geborene einmal unehelich geboren; letztere wurde wegen ihres Lebenswandels und mehrfacher Betrügereien der Fürsorgeerziehung übergeben. Den Schulunterricht genoß L. größtenteils in F., wohin die Eltern nach seiner Geburt ihren Wohnsitz verlegt hatten und wo sie noch heute ansässig sind. In einem Schulzeugnis aus dem Jahre 1895 werden seine Anlagen als mittelmäßig, sein Fleiß als mittelmäßig, seine Fortschritte als ziemlich genügend und sein Betragen als im ganzen gut angegeben. Nach einer Auskunft der hiesigen Volksschule will sich einer seiner Lehrer erinnern, daß er besonders zum Lügen veranlagt war.

2. Die Eltern gaben bei ihrer gerichtlichen Vernehmung an, daß ihr Sohn nach seiner Rückkehr aus Südwestafrika ihnen immer aufgeregt erschienen sei und anscheinend an Größenwahn gelitten habe, was sie darauf zurückgeführt hätten, daß er zu sehr mit Einladungen und Aufmerksamkeiten aus Bekanntenkreisen bedacht worden sei.

3. Aus dem Stammrollenauszug und den sonstigen militärischen Akten ergibt sich folgendes: Von Oktober 1901 bis September 1905 beim Füsilierregiment Graf Roon (Ostpreußisches) Nr. 33 in Gumbinnen gedient; am 1. Juli 1903 zum Gefreiten, am 1. April 1904 zum Unteroffizier befördert (Kapitulant). Von Januar 1906 bis April 1906 bei der Versuchskompagnie der Verkehrstruppen in Schöneberg eingestellt, sodann in die Schutztruppe übernommen, wo er bis Ende Februar 1907 bei der Selbstfahrerabteilung eingestellt war. Am 1. März 1907 wurde er zur Landespolizei in den Distrikt Rehoboth kommandiert, im Januar 1908 heimgesendet und am 31. März 1908 endgültig zur Reserve entlassen. Führung beim früheren Truppenteil und bei der Schutztruppe: recht gut. Ehrenzeichen: Südwestafrika-Denkmünze. Zwei Kriegsjahre. Keine Gefechte. Von Krankheiten sind erwähnt: Zellgewebsentzündung an der linken Hand (Januar 1907); Stichverletzung an der rechten Fußsohle durch Nagel (Februar 1907); im Juni 1907 etwa 3 Wochen im Lazarett Windhuk wegen Unterleibstyphus in Behandlung. Bemerkung des Arztes: leichter Fall, 15 tägige Fieberdauer, keine Komplikationen; ohne krankhaften Befund, ohne Klagen aus der Behandlung entlassen. Im Dezember 1907 im Lazarett Windhuk 4 Tage zur Beobachtung auf Darmkatarrh, darauf dienstfähig zur Truppe entlassen. Ein im Januar 1908 ausgestellter Untersuchungsbefund zwecks seiner Heimsendung erwähnt folgendes: Zahn-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fleischrand entzündet, Herz nach links verbreitert, tropendienstunfähig. Die Heimsendung erfolgt, weil für ihn „nach seinem Rücktritt von dem Kommando zur Probedienstleistung bei der Landespolizei eine Etatsstelle nicht verfügbar ist, auch seine Belassung bis zum Freiwerden einer solchen nicht in Frage kommen kann, da seine Wiederverwendung in der Schutztruppe nicht beabsichtigt ist". Ein in Berlin im Februar 1908 ausgestelltes militärärztliches Zeugnis konstatiert keine Klagen und schließt mit dem Urteil: „nach einem Erholungsurlaub bis Ende März ist völlige Dienstfähigkeit zu erwarten". Ein am 31. März 1908 vom Bezirkskommando Sch. ausgestellter militärärztlicher Befund bezeichnet ihn als gesund, felddienst- und erwerbfähig.

4. Die Verwaltung der Zivilmesse in Rehoboth ist seinerzeit von L., wie aus einem der Staatsanwaltschaft zur Verfügung gestellten Schreiben eines dortigen Polizeisergeanten hervorging, sehr unregelmäßig geführt worden: er hatte Außenstände in Fällen angegeben, wo die Sachen bereits bezahlt oder überhaupt keine Waren verabfolgt worden waren, oder er hatte größere Bestände angegeben, als in Wirklichkeit der Fall war. — L. erklärte diese Unregelmäßigkeiten als eine Folgeerscheinung seiner Nervosität, die ihn unfähig gemacht habe, die Rechnereien in sachgemäßer Weise zu erledigen.

5. Ein Polizeimeister H. in Duala, zurzeit auf Heimaturlaub, hatte sich in einem an die Staatsanwaltschaft gerichteten Schreiben erboten, Tatsachen dafür anzuführen, daß der Angeklagte L., mit dem zusammen er seinerzeit bei der Versuchskompagnie in Schöneberg gestanden, damals Zeichen von „Größenwahn" geboten habe. Als Beweis führte er bei seiner gerichtlichen Vernehmung an, daß L. öfter in verschiedenen Uniformen ausgegangen sei, einmal als Unteroffizier der Versuchskompagnie, obwohl er bis zu seiner definitiven Einstellung nur die Uniform des Bezirkskommandos zu tragen berechtigt gewesen sei, andere Male als Unteroffizier des Eisenbahnregiments; einmal habe er sich mit einem papiernen Kotillonorden und der ihm nicht zustehenden Schützenschnur photographieren lassen. — L. bemerkte dazu folgendes: Daß er in der Uniform des Eisenbahnregiments ausgegangen sei, stelle er in Abrede, er könne sich jedenfalls nicht darauf besinnen. Daß er als Unteroffizier des Bezirkskommandos die Uniform der Verkehrstruppen getragen habe, sei richtig, er sei aber dazu berechtigt gewesen, denn die Versuchskompagnie sei ja damals schon begründet gewesen. Daß er sich einmal mit einem Kotillonorden und der Schützenschnur habe photographieren lassen, gebe er zu; zum Tragen der Schützenschnur sei er nicht berechtigt gewesen.

6. L. hatte von hier aus den Antrag gestellt, den Sergeanten E. von der Versuchskompagnie als Zeugen darüber zu vernehmen, daß er infolge des anstrengenden Dienstes bei der Kraftwagenabteilung in Südwestafrika in hohem Grade nervös geworden sei und in diesem Zustand wiederholt seinen Vorgesetzten den Gehorsam verweigert, einmal die



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Etappe grundlos alarmiert habe; ferner, daß er bereits während der Überfahrt nach Afrika auf dem Dampfer „Erna Woermann“ einen an Tobsucht grenzenden Anfall gehabt habe.

Dieser Zeuge bekundete bei seiner Vernehmung, daß L. schon etwas nervös nach Afrika gekommen sei, wo sich dann unter der Einwirkung des Klimas und der großen Anstrengungen die Nervosität verschlimmert habe. Er habe ein unruhiges Wesen gezeigt und an Gliederzuckungen gelitten, indem Arme, Kopf und Schultern bei ihm dauernd in krampfhafter Bewegung gewesen seien. Für den Dienst als Kraftwagenführer sei er infolge seiner Nervosität immer unzuverlässiger geworden. Über die Ausführung erhaltener Aufträge sei von ihm oft keine sinngemäße Auskunft zu erlangen gewesen. Wenn keine besonderen Anforderungen an ihn herantraten, sei er ein ruhiger, verständiger und brauchbarer Mensch gewesen.

Körperlicher Befund. Keine Mißbildungen bzw. Degenerationszeichen. Behaarte Kopfhaut frei von Narben. Auf der Vorderfläche des linken Vorderarms dicht oberhalb des Handgelenkes eine quer verlaufende, etwa 1 cm lange, in Heilung begriffene oberflächliche Hautwunde (angeblich von einem im Untersuchungsgefängnis unternommenen Selbstmordversuch herrührend). Leichtes Zittern der Zunge, die gerade herausgesteckt wird und keine Narben erkennen läßt. Auf dem Gebiete des Nervensystems keinerlei Krampf- oder Lähmungserscheinungen. Kniescheibenreflex lebhaft, im übrigen die Reflexe ohne Besonderheiten. Leicht erregbarer Puls, etwa 90 pro Minute in der Ruhe. Urin frei. Schlaf besonders in der ersten Zeit unruhig und unregelmäßig, später besser; auch der anfangs daniederliegende Appetit nahm allmählich zu; während des Aufenthaltes in hiesiger Anstalt 5 kg Gewichtzunahme.

Psychischer Befund. Bewußtsein dauernd frei. Völlig geordnet in seinem Benehmen, Reden und Handeln. Keine Störungen des Intellektes, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, des Urteilsvermögens. Genügende Schulkenntnisse, gute Auffassungsgabe. In seinen schriftlichen Auslassungen etwas mangelhafte Orthographie, aber durchaus fließender, geschickter, von lebhafter Einbildungskraft zeugender Stil. Seine Stimmung war gelegentlich leicht deprimiert, aber in physiologischer Breite und der Situation entsprechend; vorübergehend war sie etwas gereizter, augenscheinlich, weil die wiederholten Explorationen über die inkriminierten Handlungen für ihn mit Unlustgefühlen verknüpft waren, und weil einige kritische Bemerkungen des Arztes ihn zum Widerspruch gereizt hatten, im übrigen aber gab er über die an ihn gestellten Fragen willig Auskunft. Unmotivierte Stimmungsschwankungen wurden nicht beobachtet.

Es wurde ihm wiederholt Gelegenheit gegeben, sich über seinen seelischen Zustand im allgemeinen und in Sonderheit zur Zeit der inkriminierten Handlungen — die er übrigens auch hier zugab, so daß sich



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein nochmaliges Eingehen auf sie erübrigt — schriftlich und mündlich zu äußern. Um Wiederholungen zu vermeiden, lasse ich hier in extenso die Darstellung folgen, die er auf meine Aufforderung, sich schriftlich über seine Lebensgeschichte und den hier interessierenden Sachverhalt zu äußern, gefertigt hat. Ich bemerke, daß er nach Abfassung dieses Schriftstückes noch ein zweites, für seinen Verteidiger bestimmtes und denselben Gegenstand behandelndes aufgesetzt hat, welches mit Bezug auf detaillierte Schilderung einzelner Begebenheiten, auch wo letztere mit dem vorliegenden Thema nur ganz lose oder gar keine Beziehungen haben, noch ausführlicher gehalten ist.

Eigenbericht des L. — Am 1. Mai 1881 wurde ich, Karl Gustav L. als Sohn des Lackierers Hermann L. und seiner Ehefrau Christiane geb. Sell zu Badutz, Kaiserreich Rußland, geboren und nach evangelischer Kirchensitte getauft und erzogen. Bald nach meiner Geburt verlegten meine Eltern ihren Wohnsitz nach F., woselbst sie noch wohnhaft sind.

Den ersten Unterricht in den Schulwissenschaften erhielt ich in der Gemeindeschule zu Alt-L., von meinem 10. Lebensjahr an in der hiesigen Stadtschule. Nach meiner zu Ostern 1895 erfolgten Konfirmation trat ich als Arbeiter in eine der hiesigen Uhrenfabriken ein.

Nach ungefähr einem Jahre verlegte ich meinen Wohnsitz nach Berlin und trat bei der Firma Siemens und Schuckert als Maschinenbauerlehrling ein, woselbst ich eine vorzügliche Ausbildung erhielt und ich auch in dieser Branche bedeutendes leistete. Im Jahre 1901 wurde ich von Berlin aus zum Füsilierregiment Graf Roon Ostpreußisches Nr. 33, welches in Gumbinnen garnisoniert, ausgehoben und im Oktober desselben Jahres bei dessen 8. Kompagnie eingestellt. Nach Ablauf des ersten Dienstjahres wurde ich zum Gefreiten und nach Ablauf des zweiten zum Unteroffizier ernannt, nachdem ich dem Wunsche meines Kompagniechefs folgend mit genannter Kompagnie in eine Kapitulation eingegangen war.

In meinen freien Stunden beschäftigte ich mich hier sehr viel mit technischen Angelegenheiten und erwarb mir so auf dem Gebiete der Funkentelegraphie sowie Kraftwagen ein bedeutendes Wissen.

Durch diese Erfolge ermutigt, quittierte ich zum 30. September 1905 meinen Dienst und wandte mich meinem Beruf mit der Absicht wieder zu, später einen Werkmeisterkursus auf dem Technikum Mittweida zu besuchen. Leider konnte ich meine Absicht nicht ausführen, da es mir an den nötigen Geldmitteln fehlte.

Im Oktober 1905 trat ich bei der Firma Loose, Berlin, als Maschinist ein, woselbst ich bis zu meinem Eintritt zur Versuchskompagnie der Verkehrstruppen, welcher im Januar 1906 erfolgte, in Stellung blieb. Bei genannter Kompagnie wurde ich der Automobilabteilung zugeteilt, woselbst ich mir in kurzer Zeit den Ruf eines tüchtigen Wagenführers erwarb.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Im Februar desselben Jahres traf bei genannter Kompagnie Herr Hauptmann Graf von St. von der Kaiserlichen Schutztruppe für Deutsch-Südwestafrika, welcher mit der Gründung einer Kraftwagenabteilung für die Schutztruppe beauftragt war, ein. Die neu zu gründende Abteilung hatte hauptsächlich die Aufgabe, die dort eingeführten Wagen für die dortigen Verhältnisse auszuprobieren, und mußte dementsprechend in der Lage sein, etwaige Reparaturen und eintretende Änderungen ausführen zu können. Aus diesem Grunde erging an die besten der Abteilung die Aufforderung, freiwillig in die Kraftwagenabteilung der Schutztruppe überzutreten; auch ich gehörte zu den wenigen, die von ihren Vorgesetzten mit diesem Vertrauen geehrt wurden, und trat im April desselben Jahres in die Schutztruppe über. Am 19. April 1906 mittag 12 Uhr erfolgte die Ausreise auf dem Woermanndampfer „Erna Woermann“ von Hamburg, und diese Reise gehört zu meinen schönsten Erinnerungen. Unter den Klängen der Bordkapelle ging es die Elbe hinauf, bald wurde Kuxhafen erreicht und die Nordsee mit aller ihrer Herrlichkeit und Pracht lag vor uns. Helgoland tauchte mit seinen roten Felsen aus den Fluten der See und kleinere sowie größere Dampfer erschienen am Horizont. Am 9. Tage stieg das liebliche Madeira mit seinen blauen Bergen aus den Fluten des Ozeans, am folgenden Tage Teneriff und Las-Palmas. Von hier ging die Reise ohne Unterbrechung weiter, der Äquator wurde passiert und die übliche Taufe vorgenommen, die Abwechslung und Zerstreuung, welche das unermeßliche Weltmeer bot, wurde von Tag zu Tag reichhaltiger und so wurde Mitte Mai unser Bestimmungsort Swakopmund erreicht. Nachdem die Wagen und unser Gepäck gelandet, ging es mit der Bahn weiter nach Windhuk, woselbst wir nach einer dreitägigen Fahrt eintrafen. Nachdem der Aufbau der Wagen beendet war, unternahm ich von hier aus den ersten Versuch mit dem 28 PS. starken „Benzwagen“ durch die steilen Auersberge, welcher mit vollem Erfolg gekrönt war. Gleichzeitig wurden Versuche mit dem 28 PS. starken Deimler-Lastwagen vorgenommen, welche jedoch infolge der schlechten Wege und falschen Bauart des Motors keinen Erfolg ergaben, so daß bereits der Betrieb des Wagens eingestellt wurde. Da von den Erfolgen des Lastwagens das Bestehen der Abteilung in Frage kam und es meinem Chef selbst um Erfolge zu tun war, so erbat und erhielt ich die Führung des Wagens. Nachdem ich die mir aufgefallenen Fehler am Motor beseitigt und das Eigengewicht des Wagens durch entfernen einzelner Gegenstände bedeutend vermindert hatte, unternahm ich im Julie 1906 die erste Versuchsfahrt von Windhuk nach Rehoboth mit einer Belastung von 35 Zentner, welche wohl von Erfolg gekrönt war, aber auch unsägliche Strapazen und Entbehrungen mit sich brachte, die für mein ferneres Leben nicht ohne Bedeutung waren.

Bei der erwähnten Fahrt zeigte es sich, daß die Maschine für die dortigen Verhältnisse viel zu schwach war. Es kam nicht selten vor, daß


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Wagen in dem tiefen Sande bis an die Achsen versank. Derselbe mußte dann ausgegraben werden, mit Winden angehoben, und nur nach unterlegen von starken eichenen Bohlen konnte die Weiterfahrt fortgesetzt werden. Auch bei Befahren von steilen Bergen mußte die Last abgeladen, auf dem Rücken hinaufgetragen, dann wieder verladen werden. Diese Arbeiten, welche bei glühender Sonnenhitze ausgeführt wurden, und die überaus schlechte Ernährung, welche nur aus Konserven bestand, schwächten meinen Körper so ab, daß ich oft nicht im Stande war, die Steuerung des Wagens zu übernehmen. Auf Befehl meines Chefs mußte ich die Rückreise mit dem Wagen von Rehoboth über Aub nach Windhuk antreten und hatte so den etwa 50 km langen wasserlosen und für den Frachtverkehr so gefürchteten Plattsand zu überwinden. Bereits nach Zurücklegung der ersten 30 km blieb ich im Sande stecken und mußte so mehrere Tage ohne Wasser und Proviant liegen bleiben. Infolge des Wassermangels stieg der Durst aufs höchste und fast dem Wahnsinn nahe trank ich hier zwei Tage lang meinen eigenen blutigen Urin.

Die Folgen aller dieser Strapazen und Entbehrungen machten sich bald in einer hochgradigen Nervosität bemerkbar, welche bald in einen solchen Zustand ausartete, daß ich mich zu Handlungsweisen hinreißen ließ, die mir wohl schwehre Strafen eingebracht hätten, wenn mein Chef meinen Zustand und dessen Ursache nicht gekannt hätte. Da sich dieser Zustand statt zu bessern von Tag zu Tag verschlechterte und ich bei einer dieser Anfälle die Etappe Kub durch abgeben von Alarmschüssen alarmiert hatte, wurde ich als Wagenführer abgelöst und etwa 12 Wochen nach Lüderitzbucht zur Erholung gesandt. Am 3. Weihnachtsfeiertag 06 kehrte ich wieder nach Windhuk zurück und fand, da sich mein Zustand scheinbar gebessert hatte, als Depotverwalter bei meiner Abteilung verwendung. Im Februar 1907 zeigten sich wieder Spuren dieses furchtbaren Leidens und da ich auch bei einem dieser Anfälle meinen Chef der Unterschlagung beschuldigte, war es unmöglich, daß ich noch länger bei der Abteilung blieb, und mein Chef sorgte, da ich mir eine angemessene Pension verdienen sollte, daß ich zur Landespolizei versetzt wurde und wurde auch bereits zum 1. März 1907 nach Rehoboth zur Probedienstzeit einberufen. Hier fand ich ein umfangreiches Arbeitsfeld vor und ich hatte mich auch verhältnismäßig schnell eingearbeitet, sodaß ich bereits im April v. J. zum Wachtmeisterdiensttuer ernannt wurde.

Ich hätte hier Aussicht auf eine großartige Laufbahn sowie Zukunft gehabt, wenn mich nicht der so heimtückische Typhus 3 Monate aufs Krankenlager geworfen hätte und eine Überführung nach dem Lazarett Windhuk notwendig geworden wäre. Nach Rückkehr aus dem Lazarett, welche am 1. Juli 1907 erfolgte, war meine Kraft und Energie gebrochen. Arbeiten, welche mir vorher spielend leicht aus den Händen gingen, fielen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mangelhaft aus, und die Folge war, daß ich nur noch zu leichteren Arbeiten, welche aus Botengängen bestanden, herangezogen wurde. Auch wurde ich des öfteren von schwehren Kopfschmerzen verfolgt, welche mich zeitweilig dienstunfähig machten.

In derselben Zeit wurden die Beamten des Distrikts vermehrt, und der Wunsch zwecks Gründung einer Beamtenmesse wurde laut. Da ich in manchen Beziehungen nicht mehr dienstfähig war, wurde mir die Gründung übertragen, welchem Wunsche ich auch nachkam. Aber durch fortgesetzte Krankheiten war ich auch hier nicht in der Lage, mich viel um dasselbe zu kümmern, und die Folge war, daß das Unternehmen von Tag zu Tag mehr zurückging. War es mir bisher möglich gewesen, mir von meinem Gehalt jeden Monat 100 Mark zu sparen und außerdem jeden Monat meinen Eltern 50 Mark zu senden, so hörte daß hier auf und ich hatte bald meine Ersparnisse in Höhe von 800 Mark zugesetzt. Durch einen unglücklichen Sturz vom Pferde, nach welchem ich einige Stunden bewußtlos lag, und ein Ruhranfall brachten mich wieder soweit, daß ich an Weihnachten 1907 das Lazarett Windhuk aufsuchen mußte, konnte jedoch bald nach einigen Tagen entlassen werden. Nach meiner Entlassung aus dem Lazarett wurde mir auf der Inspektion der Landespolizei eröffnet, daß ich infolge meines hochgradig nervösen Zustandes und meiner Krankheit nicht mehr dienstfähig sei und aus diesem Grunde meine Zurückversetzung zur Schutztruppe erfolgen müsse, was auch am 1. Januar 1908 geschah. Auch ordnete die Schutztruppe sofort meine Heimsendung an, welche ich am 25. Januar 1908 auf dem Dampfer „Admiral“ von der Ostafrika-Linie antrat.

Was ich nach dem Worte „Entlassung“ und während meiner ganzen Heimreise getan und gedacht habe, läßt sich kaum wiedergeben.

Zertrümmert und vernichtet lag infolge meiner schweren Krankheiten mein Leben und meine Zukunft. All mein Streben und arbeiten nach einer geordneten Zukunft war umsonst. Oft habe ich es bereut, daß ich mein Leben nicht genossen und ich nur meinen Büchern gelebt, oft habe ich in die See gestarrt gedankenleer und schwarz. Mehrere Male kam mir der Gedanke, den Tod in den Wellen zu suchen und so all dem Elend ein Ende zu machen und nur der Gedanke an meine Eltern und meine Braut hielten mich davon zurück. So verlief für mich die Heimreise, die ich mir einst so schön vorgestellt hatte, eintönig und grau. Am 17. Februar d. J. erreichte der „Admiral“ Kuxhafen und die heimatlichen Gestade stiegen in der goldenen Abendsonne feurig und glückverheißend aus den Wellen. Sämtliche Passagiere hatten sich auf dem Verdeck aufgestellt und grüßten die Heimat durch Winken mit den Taschentüchern, auch die Schiffskapelle hatte sich auf dem Prome-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nadendeck eingefunden, und bald ertönte es durch das Schiff: „Sei gegrüßt aus weiter Ferne, teure Heimat sei gegrüßt"; sämtliche Passagiere fielen mit ein und allgemein herrschte Freude und Lust über glückliche Heimkehr.

Was dieses Lied und der allgemeine Freudentaumel für einen Einfluß auf mich gehabt, war unbeschreiblich. War mir bisher die Zukunft nur schwarz und grau erschienen, so spielte mir jetzt die Phantasie inhaltsreich und rosig vor. Ich kam mir ungemein hochgestellt und glücklich vor und eine Sucht zu glänzen kam über mich. der ich nicht widerstehen konnte. Unruhig bin ich auf dem Promenadendeck auf- und abgegangen und habe versucht, gegen diese Trugbilder anzukämpfen, was mir aber in keiner Weise gelang. So kam es, daß ich nach Ankunft in Hamburg meine Polizeiuniform auspackte, mir dieselbe anzog. ebenfalls mir Orden anlegte, welche mir nicht gehörten, und damit nach Berlin auf das Bekleidungsdepot der Schutztruppe fuhr. Leider bin ich dort den anwesenden Beamten nicht aufgefallen, sonst hätte vieles verhütet werden können, was mir nachträglich zum Verderben geworden ist.

Nachdem ich in Berlin abgefertigt war und mein Gehalt in Höhe von 300 Mark sowie Urlaubspaß erhalten hatte, fuhr ich nach F. i. Schl. zum Besuch meiner Eltern. Auch hier verließen mich die unglücklichen Wahnideen nicht, sondern wurden stärker und immer stärker. So bildete ich mir ein, daß ich Polizeiwachtmeister geworden wäre und kaufte für mein Geld allerlei Sachen und Bekleidungsstücke, für welche ich oft gar keine Verwendung hatte. In dem Wahn etwas vorstellen zu müssen, machte ich auch allerlei Bestellungen, unter andern bestellte ich bei Herrn Sattlermeister B. hier ein vollständiges Sattelzeug. bei Herrn A. zwei Paar Reitstiefel, in der H.schen Buchhandlung sämtliche Polizeihilfsbücher, für welche ich gar keine Verwendung hatte. Auch stürzte ich mich dem Vergnügen in die Arme, und um hier glänzen zu können, verschaffte ich mir zu diesem Zweck Uniformen, welche gar nicht existieren. Mein Gehalt langte natürlich für solche Zwecke nicht aus und ich machte Schulden. ohne daß mir jemals der Gedanke gekommen wäre. daß ich doch früh oder später alles bezahlen müsse oder daß man von mir Bezahlung fordern werde. Dazu kam noch, daß ich Ende März plötzlich und ohne Grund



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von der Schutztruppe entlassen wurde und mir so alle Mittel abgeschlossen wurden.

Bei einem dieser Vergnügen lernte ich Fräulein K. kennen und aus diesem Freundschaftsverhältnis entstand später ein Liebesverhältnis. Bei den vorgenommenen Spaziergängen wurden Luftschlösser gebaut und Pläne geschmiedet, welche, wie ich mir jetzt bei ruhiger Überlegung sagen muß, wohl ein Vermögen von mehreren Millionen Mark gekostet hätten, um dieselben zu erfüllen. Bei diesen Umständen kam ich mir in meinem Stande so furchtbar klein vor, um aber in der Öffentlichkeit etwas zu gelten, ritt und fuhr ich spazieren und freute mich, wenn man in der Öffentlichkeit von mir sprach.

Allmählich kam mir auch die Idee, daß ich noch höher steigen müsse, und so erzählte ich überall, daß ich in Berlin ein Examen machen müsse, und fuhr auch zu diesem Zwecke nach dort. Hier angekommen, stand ich auf dem Bahnhof da und wußte nicht, warum und weswegen ich nach hier gekommen war. Allmählich wurde mir klar, wie weit ich in meinem Zustande gekommen war, und der Gedanke, mit einem wohlgezielten Schuß dem elenden Leben ein Ende zu bereiten und so allem weiteren Unglück zu entgehen, kam mir immer näher, und ich bereue es von ganzem Herzen, es nicht getan zu haben, sonst wäre ich nicht dahin geraten, wo ich jetzt bin.

Um mir aber eine Zukunft zu gründen, erwog ich hier allerlei Pläne, konnte jedoch zu keinem Resultat kommen. Meinem Beruf als Kraftwagenführer konnte ich infolge meines krankhaften Zustandes nicht mehr nachgehen, da ich nicht sicher war, daß ich infolge dieser Anfälle einst ein unübersehbares Unglück anrichten könnte, und als Maschinenbauer in der Werkstatt zu arbeiten, dazu hatte ich nicht mehr die Kraft, und alles lag schwarz und grau vor mir. So vergingen mehrere Tage, ohne daß ich ein Ziel erreicht hätte; ich erinnerte mich allmählich, daß hier meine Braut wohne, teilte ihr meine Ankunft mit und besuchte sie täglich.

Diese täglichen Zusammenkünfte mit meiner Braut richteten mich wieder auf und die alte Kraft kehrte wieder zu mir zurück, auch fühlte ich mich mit jedem Tage mutiger und frischer. Von neuem versuchte ich es, mir eine Existenz zu gründen, und was mir bisher nicht gelungen war, gelang, ich erhielt mehrere gut bezahlte Stellen als Kraftwagenführer zugesagt, und alles wäre wieder gut geworden, wenn mich nicht hier wieder


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die so sonderbaren Wahnideen, die mich immer über meinen Stand hinaushoben, verfolgt hätten. So verfiel ich auf die unglückliche Idee, daß ich Kassenassistent in der Reichsbank wäre, zu diesem Zweck eine neue Uniform brauche und Kaution stellen müsse. Dies teilte ich einst meiner Braut mit, und da ich angab, daß mir die nötigen Geldmittel fehlten, bot mir dieselbe ein Darlehn an, was ich auch annahm.

Im Besitz dieser Uniform, welche ich mir nach meinen Angaben anfertigen ließ und welche in Wirklichkeit gar nicht existiert, kam ich mir wie ein Held vor und nichts schien mir heilig, wenn ich nur meinen Zweck erreichen konnte, in der Öffentlichkeit zu glänzen und etwas vorzustellen. Der Gedanke, daß man mich hier in Berlin in dieser Phantasieuniform anhalten könnte, kam mir nie, frei bewegte ich mich auf den Straßen und besuchte Theater und Konzerte.

In dieser Zeit erhielt ich von Fräulein K. oft Briefe, welche ich in der ersten Zeit nicht beantwortete, in welchen dieselbe anfrug, wie weit ich mit meinem Examen wäre und wann ich wieder nach F. zurückkehrte. Hatte ich mir noch vor einigen Tagen vorgenommen, nie wieder nach F. zurückzukehren, so konnte ich jetzt dem Drange, nach dort zurückzukehren, nicht widerstehen.

Auch kam mir die unglückliche Idee, daß ich Polizeimeister geworden und nach dort versetzt worden wäre. In diesem Wahn war ich der glücklichste Mensch, den man sich je denken kann. Überall, wo ich hinkam, erzählte ich die frohe Begebenheit und wurde so in meinem Wahn nur noch gestärkt. Nach und nach kam mir auch der unglückliche Gedanke, auch der Heimat zu zeigen, wie hoch ich gestiegen sei, und so verfaßte ich das bekannte Telegramm, welches ich an den „F. Boten“ sandte, welcher es auch druckte und an den größten Teil der Schlesischen Presse weitergab, ohne zu prüfen und nachzufragen, ob die Sache auf Richtigkeit beruhe. An Ostern kehrte ich nach F. zurück und wurde überall angehalten und beglückwünscht, so daß ich aus meinem Glückrausch gar nicht herauskam und ich mich immer stolzer und glücklicher fühlte, es so weit gebracht zu haben.

Gleich nach meiner Rückkehr besuchte ich auch die Familie des Herrn K., welche bereits das Telegramm in der Zeitung gelesen und welches ich nun auch selbst in allen Teilen bestätigte. Durch das viele Erzählen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde ich hier in meinem Wahn so gestärkt, daß ich überhaupt nicht mehr zur Vernunft kommen konnte. Unter diesen Umständen kam auch hier am 2. Osterfeiertage die unglückselige Verlobung mit Fräulein K. zustande, unbekümmert darum, daß ich bereits verlobt war. Ich wäre hier vielleicht gar nicht mehr auf die unglückliche Idee gekommen, wenn mich Fräulein K. nicht dazu aufgefordert hätte, mit ihren Eltern zu sprechen, willenlos folgte ich hier dieser Aufforderung und wurde auch von seiten der Eltern willkommen geheißen. Diese Verlobung wurde im engsten Familienkreise gefeiert und in der hiesigen Zeitung veröffentlicht. Die darauf folgenden Tage waren Tage des Glücks, von überall trafen Glückwünsche ein und ich verfiel, wie ich später gesehen habe, meinem Wahne mehr und mehr. Auch hier kam mir der Wahn zu zeigen, was ich wäre, und kaufte mir zu diesem Zweck ein Fahrrad und Zivilsachen, auch soll ich erzählt haben, ich wäre zum Reisebegleiter des Staatssekretärs Dernburg ernannt worden, auch daß ich ein monatliches Gehalt von 500—600 Mark hätte u. a. m., kann mich aber nicht mehr mit Bestimmtheit darauf erinnern, will und werde es auch in keiner Weise in Abrede stellen. Auch unternahm ich mit meiner damaligen Braut einen Ausflug nach Breslau zum Besuch von Verwandten. In diesen 8 Tagen wurden Theater und Konzerte besucht und wie ich mich mit Bestimmtheit erinnern kann, nur die teuersten und besten Plätze belegt. So kam es, daß ich in meinem Wahn weit über 100 Mark verbrauchte. Von Breslau zurückgekehrt, wurden auch öfter in die Umgebung Ausflüge gemacht, was mir wohl nicht überaus teuer, jedoch auch immer eine Menge Geld kostete. Schließlich waren meine Geldmittel ausgegangen und so kam es, daß ich hier in F. auf mehreren Stellen versuchte, Geld zu leihen, was ich aber nicht erhielt. In dieser Zeit wurde ich bereits von mehreren Geschäftsleuten, welche mir mit kleineren Summen ausgeholfen hatten, um Rückgabe der Darlehen ersucht, welcher Aufforderung ich aber nicht mehr nachkommen konnte, da ich nicht mehr im Besitz von Geldmitteln war. Unter anderen ersuchte mich der Gastwirt H. von hier, von welchem ich mir 30 Mark geliehen hatte, energisch um Rückgabe des Betrages, und da ich nicht im Besitz von Geldmitteln war, erhielt ich den Betrag von meinen damaligen Schwiegereltern, ohne daß ich besonders darum gebeten hätte. Bei den Versuchen, mir Geld zu leihen, soll ich auch überall geäußert haben, daß ich im Besitz eines Sparkassenbuches von 800 Mark wäre, und was ich auch als Pfand geben wollte. Dieses Leben führte ich ohne daß mir jemals der Gedanke gekommen wäre, daß man mich entlarfen könne und daß es ans Licht kommen könne, daß dem nicht so wäre, für was ich mich ausgegeben, unbekümmert fort. Es gelang mir noch mehrere Male, Geld zu bekommen, was ich zum Ankauf für Tropenuniformen verwandte. Auch Fräulein K. lieh mir eines Tages angeblich 14 Mark, ob es aber soviel war, kann ich nicht mit Bestimmtheit sagen,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesen Betrag verwendete ich zur Bezahlung unserer gemeinsamen Zeche. Es kam in der Zeit mehrere Male vor, daß ich mir in gewissen Beziehungen klar wurde, daß ich meinem Verderben offen in die Arme laufe, jedoch hatte ich nicht die Kraft, diesen unglücklichen Wahn zu brechen. Oft bin ich dann in schlaflosen Nächten dem Wahnsinn nahe umhergeirrt, oft habe ich den Säbel von mir geworfen mit der Absicht, mich anderen Tages der Polizei zu stellen, aber unbegreiflicherweise versagte hier alles und am anderen Morgen war ich genau in demselben Stadium wie bisher.

In meinem Wahn hatte ich mir eingebildet, daß ich im Juni auf meinen neuen Posten abreisen müsse, kam aber nun auf die Idee, daß dies bereits im Mai geschehen müsse, und erzählte es überall. Natürlich wurden die Leute, denen ich Geld schuldete, darauf aufmerksam und drangen auf Bezahlung, wodurch ich von allen Seiten gedrängt wurde. Da wurde ich mir allmählich klar, wohin ich geraten war und verfiel in eine unbeschreibliche Verwirrung. Da ich wußte, daß ich von keiner Seite Rettung zu erwarten hätte, versuchte ich, mir von Herrn K. eine Summe zu leihen, um damit alles zu bezahlen, wurde aber abgewiesen. Dadurch vollständig entmutigt, kam mir der Gedanke, mich allem durch feige Flucht zu entziehen und ins Ausland zu gehen. Zu diesem Zweck fuhr ich auf meinem Rade nach Berlin, von dort, nachdem ich meine Braut besucht, nach Magdeburg. Von hier aus erbat ich mir von meiner Braut 30 Mark auf telegraphischem Wege, welche ich auch erhielt. Von hier aus ging es direkt nach Antwerpen. Hier fand ich auch bald auf einem englischen Dampfer Stellung als Maschinist, welche ich auch sofort antrat. Da dieser Dampfer für Australien bestimmt war und am nächsten Tage in See gehen sollte, so wäre es mir leicht gelungen, ins Ausland zu gelangen und von da aus alles gut zu machen, wenn mich nicht auch hier der unbeschreibliche Wahn erfaßt hätte, indem ich mir einbildete, daß ich nicht arbeiten brauche, und so alles im Maschinenraum im Stiche ließ. Da, wie ich bereits erwähnte, der Dampfer in See gehen sollte, so wurden an dem fraglichen Morgen die Hafenmanöver vorgenommen, um den Dampfer von der Anlegestelle in freies Fahrwasser zu bringen. Diese Manöver erfordern eine scharfe Aufmerksamkeit des Maschinentelegraphen, um etwaige Zusammenstöße mit anderen Fahrzeugen zu verhindern. Da ich die Maschine in voller Fahrt verließ, so hätte leicht ein Zusammenstoß erfolgen können, wenn man diesen Vorfall nicht sofort bemerkt hätte. Nach diesem Vorfall wurde ich sofort entlassen und an Land gesetzt. Da es mir hier nicht mehr gelang, Arbeit zu erhalten, und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir immer klarer wurde, daß es für mich das beste wäre, nach der Heimat zurückzukehren und mich meinem Schicksal zu überlassen, und da ich noch im Besitz von Geldmitteln war, trat ich die Heimreise an. Da ich nicht direkt in F. aussteigen wollte, verließ ich bereits in Nieder-Salzbrunn den Zug, um die Dunkelheit abzuwarten. Um die Zeit auszufüllen, besuchte ich hier in der Nähe des Bahnhofs ein Lokal, wo die „Fr. Zeitung" auslag; darin fand ich auch das Inserat, in dem die Aufhebung meiner Verlobung öffentlich bekannt gegeben wurde und von einigen Gästen eifrig besprochen wurde. Aus der Unterhaltung erfuhr ich, daß es wohl überall bekannt geworden war, daß ich Schulden gemacht und dann F. verlassen hätte. Die Meinung der Gäste war über diesen Vorfall geteilt, teilweise wurde mir ein gewisses Bedauern entgegengebracht und teilweise Herrn K. Diese Wahrnehmung, daß man über meine Person bereits öffentlich sprach, brachten mich vollends um meine Besinnung, so daß ich den gehegten Vorsatz, nach Hause zurückzukehren, wieder fallen ließ, und, da ich es vorzog, nicht vom Bahnhof Nieder-Salzbrunn abzufahren, ging ich zu Fuß nach Landeshut und fuhr von hier aus wieder nach Berlin.

In meiner Aufregung versuchte ich es auch hier, mir von meiner Braut die Summe zu leihen, um in F. alles damit zu bezahlen, was mir indessen nicht mehr gelang. Da ich in keiner Weise keinen Ausweg mehr sah, beschloß ich, mein Leben durch Erschießen zu enden und aus diesem Grunde eignete ich mir bei den Wirtsleuten einen Revolver an. Obwohl es für mich in jeder Weise besser gewesen wäre, aus dem Leben zu scheiden, besaß ich auch hier nicht die Kraft, mein Vorhaben auszuführen und irrte so, der Verzweiflung nahe, mehrere Tage in Berlin umher. Nach und nach geriet ich in eine solche Stimmung, daß ich bald das Geschehene vergaß, mir auf dem Schlesischen Bahnhof eine Fahrkarte bis nach F. löste und an Himmelfahrt zum zweiten Male die Heimreise antrat.

In Liegnitz hatte ich bis zur Abfahrt des Fr. Zuges einen längeren Aufenthalt, welchen ich benutzte, mir die Stadt anzusehen; auch besuchte ich ein Lokal, in welchem ich mir ein Abendbrot bestellte, dabei fand ich, die Zeitung lesend, den Bericht über die ganze traurige Angelegenheit. Nachdem ich das Gelesene überdacht, kam mir die ganze Schwere des Vergehens zum Bewußtsein und was mit mir diesen Abend vorgegangen, läßt sich schwer beschreiben. Der erste Gedanke, der mir hier wieder kam, war zu fliehen, doch ebenso schnell verwarf ich denselben, da ich mir klar wurde, daß man mich nach allen Richtungen hin hetzen und verfolgen würde, ich sah keine Rettung und keinen Ausweg und verfiel so in eine grenzenlose Verzweiflung. Ich erinnerte mich, daß ich einen geladenen Revolver in der Tasche hätte, und versuchte meinem Leben ein Ziel zu setzen, was mir aber, trotzdem ich drüben in der Kolonie


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oft mein Leben in die Schanzen geschlagen hatte, nicht gelang. Später erinnerte ich mich auch, daß ich brieflich meine Eltern um Überbringung meiner Uniform gebeten, habe dieselbe jedoch nicht erhalten. Planlos irrte ich so in den Straßen von Liegnitz umher, bis ich den Vorsitzenden vom Kolonialschutztruppenverein traf, welcher mich zu einer Sitzung einlud. *Trotzdem ich wußte, daß derselbe bereits von dieser ganzen traurigen Angelegenheit wußte, besuchte ich dort die Versammlung und wurde auch dort verhaftet und in das Gerichtsgefängnis eingeliefert.*

Bei den bald darauf folgenden gerichtlichen Vernehmungen wurde mir die Tragweite meiner Handlung immer klarer und immer deutlicher sah ich, was ich in meinem unglücklichen Wahn heraufbeschworen hatte. Ein unbeschreiblicher Schmerz befiel mich und raubte mir jedes klare Denken. Oft bin ich in schlaflosen Nächten mit dem Kopfe gegen die Wand gelaufen, *oft habe ich mir die Frage vorgelegt, nach dem ich den Gang der Ereignisse an mir vorüberziehen ließ, ob ich wohl nicht doch eine Schuld an dem ganzen Unglück habe, aber immer deutlicher sah ich, daß mich dieser unglückliche Wahn zugrunde gerichtet hat.* Ich hatte bei den Vernehmungen zu allem ja gesagt und es dauerte nicht lange, so wurde mir die Anklage zugestellt. Dieselbe lautete auf Betrug (Vergehen und Übertretungen gegen die §§ 263 und 360). Soweit war ich also trotz meinem steten Streben und Arbeiten gekommen, um öffentlich für einen Betrüger schlimmster Art gehalten zu werden. Der Tag der öffentlichen Verhandlung kam heran und unter starkem Andrange der Bevölkerung wurde gegen mich verhandelt.

Bei dieser Verhandlung habe ich mich gegen nichts gewehrt; auch auf Fragen, bei welchen ich wirklich nicht wußte, ob ich es auch getan, habe ich ja gesagt, nur um die ganze Angelegenheit schnell hinter mich zu bekommen und nicht länger der Öffentlichkeit ausgesetzt zu werden. Nachdem die Beweisaufnahme gegen mich geschlossen war, wurden die als Sachverständige geladenen Ärzte vernommen. Nach dieser Vernehmung zog sich der Gerichtshof zur Beratung zurück, welcher nach Wiederaufnahme der Verhandlung verkündete, daß ich zwecks Beobachtung meines Geisteszustandes einer Irrenanstalt überwiesen würde. War es mir bisher nur mühsam gelungen, mich aufrecht zu halten und niemandem eine Schwäche zu zeigen, so brach ich, in meiner Zelle angekommen, vollends zusammen; was mit mir in dieser Nacht vorgegangen ist, weiß ich nicht, sah aber, daß man mir eine Wache von zwei Mann beigegeben hatte, was auch in der folgenden Nacht wiederholt wurde.

Was ich in den Tagen nach der Verhandlung bis zur Überführung in die hiesige Anstalt getan und gelassen habe, ist mir nicht erinnerlich.

Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nur weiß ich, daß ich aus meinem Stumpfsinn oft durch einen unbeschreiblichen Schmerz, welcher in meiner Brust tobte, wach gerüttelt wurde. In solchen Stunden war es mir, als müßte ich laut hinaus schreien und oft wußte ich dann nicht, was ich tat, so kam es, daß ich mir an einem Nagel die Pulsader durchreißen wollte, um meinem Leben so ein Ziel zu setzen.

Ich bin nun ruhiger geworden und geduldig werde ich mich meinem Schicksal ergeben, bin ich doch zur Überzeugung gekommen, daß mich meine Freiheit in keiner Weise etwas nützt, da ich bestimmt weiß durch meinen Zustand, daß sich diese Wahnideen wiederholen werden und mich dann noch unglücklicher machen werden, als ich es jetzt schon bin. Dann fühle ich mich dort drüben in meiner einsamen Zelle so wohl und so glücklich wie der reichste Fürst in seinem Palast, habe ich doch die Gewißheit, daß ich, so lange ich dort untergebracht bin, niemandem einen Schaden zufügen und daß niemand mit Fingern auf mich zeigen kann.

Es tut mir in der Seele leid, was ich getan habe, doch kann ich mit reinem Gewissen sagen, was geschehen, ist in einem unglücklichen Wahn geschehen; *ich bin nicht in die Heimat zurückgekehrt, um strebsame Handwerker zu schädigen und über das Lebensglück anderer hinweg mir einen Vermögensvorteil zu verschaffen.* Sobald ich wieder meine Freiheit zurück haben werde und meine Strafe verbüßt, wird mein einziges Bestreben dahin gehen, das wieder gut zu machen, was ich in meinem Wahn verbrochen habe. Es tut mir in der Seele leid, daß ich über eine hochangesehene Familie, welche stets gut zu mir war, soviel Herzeleid gebracht habe, was ich nicht mehr gut machen kann, mag es mir Gott verzeihen, sonst werde ich ewig dran tragen müssen.

So wie ich es hier niedergeschrieben habe, hat sich diese traurige Begebenheit zugetragen.

Karl L.,
Maschinenbauer."

F., den 31. August 1908.

Ich habe absichtlich seine schriftliche Darstellung in dieser Ausführlichkeit mitgeteilt, einmal, weil sie eine unmittelbarere Anschauung geben dürfte als das Excerpt mündlicher Explorationen, dann, weil er bei den letzteren wesentlich Neues nicht mehr vorbrachte. Er betonte auch bei diesen immer und immer wieder, daß es ihm völlig fern gelegen habe, in die Heimat mit der Absicht zurückgekehrt zu sein, fremde ehrbare Leute zu schädigen und zu betrügen. Die Anstrengungen und Krankheiten in Südwestafrika, u. a. auch ein im November 1907 bei einem Ritt erlittener Sturz vom Pferde hätten seinen Gesundheitszustand ungünstig beeinflußt: er sei damals nach dem Sturz mehrere Stunden bewußtlos gewesen, wie er von dem Ochsenwagenführer, der ihn gefunden, gehört habe; eine Verletzung habe er nicht erlitten. Er habe sich krank gemeldet, aber nicht angegeben, daß er vom Pferde gestürzt sei, um nicht wegen seines schlechten Reitens verspottet zu werden. Er habe dann,


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachdem der Gedanke, daß er etwas Höheres vorstelle, über ihn gekommen sei, mit Macht gegen diese Trugbilder angekämpft, aber vergebens. Er habe gewußt, daß er durch sein Vorgehen der Aufdeckung seiner Schwindeleien zum Teil geradezu Vorschub leisten mußte, wie z. B. durch die Aufgabe des Telegramms an den „F. Boten“, *sowie durch die Absendung einer Verlobungsanzeige an seinen Bezirksoffizier* Hauptmann von W. in Sch., er habe aber trotzdem nicht widerstehen können. Auch müsse er hervorheben, daß die Uniform, die er in F. getragen, in Wirklichkeit gar nicht existiere, sondern eine nach seinen *Angaben verfertigte Phantasieuniform gewesen sei*. Zur Verschlimmerung seines Wahns habe auch der Umstand viel beigetragen, *daß die Leute in F. zuviel mit ihm hergemacht hätten*; überall in seinen Bekanntenkreisen habe er im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestanden. Auch die Verlobung mit Fräulein K. sei mehr auf deren als auf seine eigene Initiative zurückzuführen gewesen. Er habe nicht die Gewißheit, daß ähnliche Trugbilder nicht auch in Zukunft wieder über ihn kommen könnten. Auch jetzt noch habe er manchmal die Idee, daß er über seinem Stande sei; er sehe sich manchmal als Offizier vor sich und ertappe sich in der Unterhaltung mit sich selber. Es sei möglich, daß allzuvieles Nachdenken dem Vorschub leiste.

Auf die Frage, seit wann derartige Einbildungen, etwas Höheres vorzustellen, ihn beherrschten, äußerte er sich verschieden. *Zunächst gab er als Beginn die Zeit nach dem überstandenen Typhus an, später meinte er, seitdem er vom Patentamt in Berlin ein Patent auf „abgestimmte Funkentelegraphie“ erhalten habe*; letzterer Umstand sei auch der Grund gewesen, weshalb er damals seine Kapitulation beim Regiment Nr. 33 unterbrochen habe: er habe sich eingebildet, Höheres leisten zu können; der Mangel an Geldmitteln habe die Verwirklichung seiner Ideen immer verhindert. Eine immerwährende Unruhe habe ihn in keiner Stellung lange aushalten lassen, er habe sich nicht unterordnen können.

Gutachten. Daß L. ein nervöser Mensch ist und daß allem Anschein nach die Anstrengungen, die Erkrankungen und die klimatischen Verhältnisse in Südwestafrika die Nervosität ungünstig beeinflußt und zeitweilig auf einen hohen Grad gebracht haben, bedarf keiner näheren Ausführung. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß er während seines Anstaltaufenthaltes Zeichen einer Geistesstörung nicht geboten hat; auch die nervösen Erscheinungen bewegten sich bei ihm in mäßigen Grenzen, was ja bei der relativen Ruhe des Anstaltlebens und dem Wegfall verschiedener schädlicher Faktoren, die in Afrika wirksam waren, erklärlich erscheint. Auch die Gewichts-

Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zunahme von 5 kg spricht dafür, daß, wie es bei dem Krankheitsbild der Neurasthenie ja so häufig beobachtet wird, der Zustand beim Wegfall der schädigenden Einflüsse einer Besserung fähig ist. Die auffallenden Handlungen, die aus seiner Dienstzeit in Südwestafrika über ihn bekannt geworden sind, kann man unschwer als nervöse Reizsymptome, als Affekthandlungen momentan gesteigerter nervöser Reizbarkeit auffassen, wie sie ja erfahrunggemäß bei Europäern unter der Wirkung klimatischer Einflüsse und heftiger Anstrengungen nicht selten bis zur Steigerung transitorischer Geistesverwirrung beobachtet worden sind.

Wie ist nun sein Geisteszustand zur Zeit der hier in Frage kommenden inkriminierten Handlungen zu bewerten?

Man vergegenwärtige sich noch einmal kurz den Aufbau der Ereignisse. L., durch Anstrengungen und Krankheit in Südwestafrika nervös geworden, nach seiner Angabe auf der Heimreise in niedergeschlagener Stimmung, dann beim Anblick der Heimat in einen Freudentaumel geratend, trägt nach Beendigung seines Urlaubs am 31. März 1908 — mit welchem Tage er definitiv aus der Schutztruppe ausscheidet, und womit das rechtmäßige Tragen seiner Uniform sein Ende erreicht — die Uniform in F. auch weiterhin. Er läßt sich von einer Frau 20 M. Vorschuß geben, um für sie die Führung eines Rechtsstreites in Afrika angeblich betreiben zu wollen; er erhält unter der Angabe, daß er in Berlin ein Examen machen müsse und ein Sparkassenbuch als Garantie besitze, von einem Bekannten ein Darlehn von 30 M., das er innerhalb von 4 Tagen zurückzahlen will. Er reist dann nach Berlin, kommt mit seiner früheren Bekanntschaft D. zusammen, läßt sich von ihr unter der Angabe, daß er Reichsbankassistent geworden sei und sie zum 1. Juli heiraten wolle, 500 M. geben und schickt dann das bekannte Telegramm an den „F. Boten" betreffend seine angebliche Ernennung zum Polizeimeister. Sodann kehrt er nach F. zurück, wo sein bereits im Sinken begriffener Kredit durch das Telegramm wieder gestärkt war —, macht verschiedene Bestellungen, verlobt sich mit der Tochter des Molkereibesitzers K. und versucht von verschiedenen Seiten unter Berufung auf das Telegramm Darlehn zu erwirken. Nachdem seine pekuniären Verbindlichkeiten immer drückender für ihn werden und er von verschiedenen Seiten zur Bezahlung gedrängt wird, reist er wieder nach Berlin, sucht die D. unter der Angabe, daß Möbel für die bestellte Wohnungseinrichtung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu bezahlen wären, um weitere 700 M. anzuborgen, und läßt sich schließlich, als er keinen Ausweg mehr sieht, in Liegnitz verhaften. Er begründet seine Betrügereien als Ausfluß eines unwiderstehlichen Wahns, den er nicht habe bekämpfen können, obwohl er gesehen habe, daß durch sein Vorgehen über kurz oder lang seine Schwindeleien ans Tageslicht kommen mußten.

Letzterer Umstand ist tatsächlich auffallend. L. zeigt in keiner Weise Störungen des Intellekts, namentlich nicht des Urteilvermögens. Er besitzt die Einsicht für die Strafbarkeit seiner Handlungsweise und dafür, daß früher oder später seine Betrügereien zur Aufdeckung kommen mußten; er konnte aber nach seiner Angabe trotzdem nicht dagegen ankämpfen. Beides braucht sich keineswegs auszuschließen; es kann jemand sehr wohl Einsicht für das Strafbare und die Tragweite seiner Handlungsweise haben, trotzdem aber außerstande sein, dem Trieb zu widerstehen. Lag nun ein solcher unwiderstehlicher Zwang oder Wahn vor?

Auf den ersten Augenblick liegt es nahe, die inkriminierten Handlungen unter dem Gesichtspunkt seiner Nervosität zu beleuchten. Indessen kann ich mir wohl momentane Affekthandlungen als Folge und Ausfluß krankhafter Nervosität vorstellen, ebenso, daß jemand in schwer nervösem Zustand sich Unregelmäßigkeiten, wie z. B. bei der Verwaltung der Zivilmesse in Rehoboth, zuschulden kommen lassen kann, ohne daß ihm derartige Handlungen oder Unterlassungen zugerechnet werden könnten. Der Charakter der strafbaren Handlungen, die hier in Frage kommen, läßt jedoch für eine derartige Annahme keine genügende Unterlage. Dagegen könnte man geneigt sein, an einen Symptomenkomplex zu denken, der zuerst von *Delbrück* unter dem Titel „Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler“ beschrieben worden und erst in jüngster Zeit von *Stemmermann* und von *Risch* als „Pseudologia phantastica“ in dieser Zeitschrift geschildert worden ist. Es handelt sich in solchen Fällen um meist schwer belastete Individuen, bei denen auf dem Boden der Entartung ein unwiderstehlicher Trieb zum Spielen einer erträumten Heldenrolle beobachtet wird, der gegenüber bei im übrigen guter Intelligenz die Selbstkritik fehlt und das Urteil getrübt ist; Individuen,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die von jeher krankhafte Stimmungsanomalien, Unstetigkeit und seelische Reizbarkeit zeigen: sie begehen dann in solchen Zuständen Straftaten, „deren Folgen sie klar zu übersehen vermögen, denen gegenüber sie aber machtlos sind, weil sie ihr Handeln im Moment der Tat nicht der erforderlichen Kritik unterziehen, weil die Selbstkritik fehlt in Verbindung mit einer abnorm egozentrischen Gedankenrichtung, welche das in anderen Fällen scharfe Urteil trübt. Die krankhaften Antriebe überziehen wie eine Flutwelle das Bewußtsein."

Eine Reihe von Umständen spricht m. E. auch bei L. für das Vorwalten von krankhaften Momenten zur Zeit der Straftaten. Das Krankhafte liegt hier in einer erhöhten Autosuggestibilität. Ich halte seine Angabe, daß seine Phantasie mit ihm durchgegangen, daß die Idee, etwas Höheres vorzustellen, über ihn gekommen sei, für nicht der inneren Wahrscheinlichkeit entbehrend: seine Phantasie ist lebhaft entwickelt — ich verweise auf seine schriftlichen Ausführungen —, sein durch die voraufgegangenen Ereignisse in Südwestafrika zweifellos labil und minderwertig gewordenes Nervensystem und eine durch den unfreiwilligen Rücktransport in die Heimat geschaffene niedergeschlagene Stimmung gab den geeigneten Boden für ein derartiges Überschießen der Phantasie ab. Auch das Aufgeben des Telegramms an den „F. Boten" und die Absendung einer Verlobungsanzeige an den Bezirksoffizier, Hauptmann von W. in Schw., ist auffallend, da er sich sagen mußte, daß derartige Manipulationen doch sehr leicht der Aufdeckung seiner Schwindeleien förderlich hätten sein können. Dazu kam, daß äußere Verhältnisse, die Huldigungen und Aufmerksamkeiten, die ihm in seinen Bekanntenkreisen erwiesen wurden, seiner leicht erregbaren Phantasie noch Vorschub leisteten.

Es entsteht nun die Frage: war seine abnorm gesteigerte Autosuggestibilität, wenn man eine solche annehmen will, so hochgradig, daß dadurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war? Waren überhaupt nur krankhafte Faktoren bei seinen Straftaten wirksam? Verschiedene Umstände sprechen m. E. gegen eine solche Annahme, überhaupt gegen die Annahme eines Falles eines „pathologischen Schwindlers".


Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die Angabe, daß L. unter einem unwiderstehlichen Wahn gehandelt habe, spielt, abgesehen von seiner Äußerung bei seiner Verhaftung, bei seinen ersten gerichtlichen Vernehmungen nicht in dem Maße eine Rolle wie später. Zunächst gab er an, daß ihn das Bewußtsein, die pekuniären Verbindlichkeiten, die ihm durch die Verwaltung der Zivilmesse in Rehoboth entstanden waren, nicht erfüllen zu können, und der Vergleich seiner eigenen unglücklichen Lage mit der seiner Kameraden ins Vergnügen gestürzt hätten. Als seine Geldmittel knapp geworden seien und er eingesehen habe, daß das Leben in F. so nicht weiter gehen könne, sei er nach Berlin gereist, um sich dort einen Erwerb zu suchen. Um einen Grund zur Abreise den Leuten gegenüber zu haben, habe er erzählt, daß er ein Examen machen müsse, und habe sie dieserhalb um Geld angeborgt. Die Absicht, sich mit Frl. K. zu verloben, habe er zunächst gar nicht gehabt wegen der Aussichtlosigkeit der Verhältnisse. Als ihn die F. Schulden immer mehr drückten, habe er den Vater von Frl. K. um ein Darlehn ersucht, dann sei er wieder nach Berlin gefahren, weil er sich gesagt habe, daß jetzt doch alles entdeckt werden würde. In Antwerpen schließlich habe er eine Stellung auf einem Auslanddampfer angetreten, es habe ihm aber das Gewissen geschlagen, und er sei umgekehrt. In einem bei seiner Verhaftung vorgefundenen Schreiben erklärt er sein Handeln als unverantwortlichen Leichtsinn.

Man sieht, daß in derartigen Erwägungen keineswegs krankhafte Momente eine vorherrschende, geschweige ausschließliche Bedeutung einnehmen.

2. Je mehr er sich Reflexionen in der Folgezeit hingibt, desto mehr spielt der „unwiderstehliche Wahn" bei ihm eine Rolle. Über das erste Auftreten derartiger krankhafter Vorstellungen macht er widersprechende Angaben, bald sollen sie seit dem überstandenen Typhus bestehen, bald von dem Zeitpunkt an, da er ein Patent auf „abgestimmte Telegraphie" erhalten habe; dann wieder soll der Wahn plötzlich beim Anblick der Heimat und beim Erklingen des Liedes „Teure Heimat" entstanden sein, nachdem er sich noch kurz vorher so klein vorgekommen sei. Andererseits kommt ihm aber auch in der Periode des „Größenwahns" wiederholt der Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

danke, daß es besser sei, wenn er der Polizei seine Schwindeleien mitteile; auch als er das erstemal von F. nach Berlin reiste, will er sich beim Zusammensein mit der D. in normaler Gemütsverfassung befunden haben. Auch der Umstand, *daß er sich am* 31. März 1908 — *also zu einer Zeit, wo der „Größenwahn“ schon über ihn gekommen war* — *beim Bezirkskommando Sch. in Zivilkleidung, nicht in seiner sich beigelegten Uniform abgemeldet hat*, beweist, daß unbeschadet seiner phantastischen Träumereien, etwas Höheres vorzustellen, die Hemmungen ihn nicht ganz verlassen haben.

3. Seine Lügen entbehren im Gegensatz zu den motivlosen, aus bloßer Lust zum Fabulieren entspringenden des pathologischen Schwindlers doch nicht der durch seine in pekuniärer Beziehung prekäre Situation *gebotenen Motive*. Ich greife nur folgendes heraus: wenn er das Telegramm an den „F. Boten“ absandte betreffend seine angebliche Ernennung zum Polizeimeister, so war doch wohl die Überzeugung maßgebend, seinen bereits wankend gewordenen Kredit wieder auf eine festere Basis zu stellen, wenn ihm auch in diesem Augenblick die volle Selbstkritik gegenüber seiner im letzten Grunde doch kurzsichtigen Handlungsweise gefehlt haben mag. Er gab selbst zu, daß ihm aus der Verwaltung der Zivilmesse in Rehoboth beträchtliche pekuniäre Schwierigkeiten erwachsen waren. Als er den Vater von Fräulein K. und andere um Darlehn anging, berief er sich ausdrücklich auf das Telegramm.

4. Er weist darauf hin, daß die Uniformen, die er nach seinem Ausscheiden aus der Schutztruppe getragen, als Ausfluß seiner krankhaften Phantasie auch eben nur Phantasieuniformen gewesen seien,die in Wirklichkeit nicht existiert hätten. Es kann dahingestellt bleiben, ob die von ihm getragenen Uniformen in den Einzelheiten vorschriftmäßig waren und den wirklichen Uniformen entsprachen; Tatsache ist jedenfalls, daß die Uniform, welche er *nach Absendung des Telegramms* und seinem Wiedereintreffen in F. trug, *durch Tressenbesatz* usw. *einen höheren Rang markieren* und seiner Angabe, daß er das Examen als Polizeimeister bestanden, auch äußerlich die genügende Unterlage geben sollte.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Nachdem ihm seine Unwahrheiten nachgewiesen sind, verzichtet er im Gegensatz zum pathologischen Schwindler auf weitere, motivlos vom Zaun gebrochene Lügengewebe.

6. Der Umstand, daß er gar zu sehr bestrebt ist, seine krankhafte Geistesverfassung zur kritischen Zeit in den Vordergrund zu stellen, und alle Momente aus früherer Zeit herausholt, die dafür als Stütze dienen sollen, hat nach meinen Erfahrungen etwas Bedenkliches an sich. An dem von ihm behaupteten Sturz vom Pferde in Südwestafrika mit darauf folgender mehrstündiger Bewußtlosigkeit kann ich nicht umhin Zweifel zu hegen. Es muß auffallend erscheinen, daß in der Krankenliste der Stammrolle, die seine sonstigen Krankheiten genau registriert, nichts davon erwähnt ist. Seine Angabe, daß er eine Meldung darüber unterlassen habe, um nicht wegen schlechten Reitens verspottet zu werden, erscheint mir nicht glaubhaft.

Die vorstehenden Erörterungen haben mich zu dem Schluß geführt, daß zur Zeit der strafbaren Handlungen unbeschadet des Umstandes, daß krankhafte Momente im Sinne einer erhöhten Autosuggestibilität vielleicht mitgespielt haben, ein den Anforderungen des § 51 StGB. genügender Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit nicht vorgelegen hat. —

Nach seinem Rücktransport aus der hiesigen Anstalt in das Untersuchungsgefängnis hat L., wie mir bekannt geworden ist, auf kurze Zeit die Nahrung verweigert und Verfolgungsideen geäußert, ist aber bald davon zurückgekommen. In der Hauptverhandlung vor der Strafkamm'r zu Sch. wurde er zu 2 Jahren Gefängnis und 2 Jahren Ehrverlust verurteilt[1]).

---

[1]) Nach einer Mitteilung des Gefängnisarztes (Oktober 1909) klagt L. häufig über Schlaflosigkeit und verlangte wiederholt Morphium, das er in den Tropen reichlich angewendet haben will; im übrigen hat sein bisheriges Verhalten keinen Anlaß zur Annahme einer geistigen Störung gegeben. — Ich hatte vor kurzem Gelegenheit, ihn zu sehen und zu sprechen; auch dabei klagte er über nervöse, augenscheinlich auf Haftwirkung zurückzuführende Beschwerden, gab mir aber keinen Anlaß zur Annahme einer psychischen Veränderung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

107. Sitzung am 30. April 1906.

Hofrat Dr. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellungen.

1. 35 Jahre alter Mann, unternahm Selbstmordversuch durch Erhängen, weil ihm 6 Monate Korrektionshaft zuerkannt worden waren. Trinker und Sohn eines Trinkers. Mehrere Male an Delirium mit Angst und Verfolgungsideen erkrankt. Verliert, wie Alkoholisten überhaupt, leicht den Kopf und beherrscht die Situation nicht.

2. Trinker. Entmündigt. Wiederholt in Arbeitsanstalt interniert. Wiederholt in Irrenanstalt wegen Delirium. Bei der letzten Überführung in die Arbeitsanstalt Wutanfall mit schweren Selbstmordversuchen. Jetzt noch stark deprimiert. Eltern sind beide schwere Trinker. In der Jugend Kopfverletzung.

Diskussion. — Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden hält die Unterbringung von Trinkern in Heilanstalten auch gegen ihren Willen für erwünscht. — Oberamtsrichter Dr. *Bermann*-Dresden erachtet es für Recht und Pflicht des Vormundes, für passende Unterbringung des Entmündigten zu sorgen und zwar auch gegen dessen Willen. Meist lehnen aber in solchen Fällen die Anstalten die Aufnahme ab. — Anstaltsarzt Dr. *Kötscher*-Hubertusburg berichtet, daß in der Schweiz und in England Gesetze bestehen, die es ermöglichen, den Trinker 2 Jahre zu internieren; in Österreich bereite man auch ein solches Gesetz vor, in Dänemark können Trinker, die freiwillig eintreten, zwangweise in der Anstalt gehalten werden. — Dr. *Ganser* bestätigt, daß in unserem alkoholfreundlichen gesellschaftlichen Milieu es oft schwierig sei, Trinker zu heilen. Es sei bei Trinkern vielfach auch nicht leicht, die Prognose zu stellen; selbst tief Verkommene, die man für verloren hielt, sind geheilt worden. Freilich gibt es auch sicher unheilbare Trinker, die dauernd untergebracht werden müssen. Die Zustände solcher Trinker, die im Rausch ohne Motiv und ohne klares Bewußtsein zum Selbstmord drängen, ähneln denen der Epilepsie. In der Angst des Deliriums kommen Selbstmord wie Totschlag vor. Weiter ereignen sich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Selbstmorde im „Katzenjammer", und endlich unterliegen Alkoholiker widerstandslos einem rasch aufschießenden Affekt.

3. Entmündigter Querulant L. Das Oberlandesgericht hatte die Entmündigung früher aufgehoben, später bestätigt. L. hat viele Rechtsstreitigkeiten ohne Erfolg geführt und meint, der erste Staatsanwalt stecke mit seinen Gegnern unter einer Decke, habe seine Anzeigen „nichtig gemacht" usw. L. ist ein paranoischer Querulant. Nicht jeder „Prozeßkrämer" gehört zu dieser scharf umgrenzten Gruppe. Querulantenwahn ist ein Verfolgungswahn. Die Hauptsache ist nicht das Prozeßführen, sondern der Beeinträchtigungswahn und die Unfähigkeit, den Mißerfolg seines Vorgehens in der Schwäche seines Standpunktes zu finden. L. ist in die Anstalt verbracht, damit die Belästigung der Behörden und die Schädigung des Publikums durch seine Prozeßführung verhindert werde. In der Anstalt ist er sehr unglücklich, wiewohl vorläufig ruhig; auf die Dauer wird der Anstaltaufenthalt für ihn schädlich sein. Es wäre vielleicht manchmal zweckmäßig, vor solchen Leuten öffentlich zu warnen. Die meisten Querulanten stecken ihre Angehörigen an; auch hier ist die Frau ganz der Ansicht ihres Mannes und hält dessen Unterbringung für einen Gewaltakt.

Diskussion. — Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden: Die Frage ist hier, wieweit der Mann seine Angelegenheiten besorgen könne. Da das Oberlandesgericht annahm, er könne dieselben, die sehr einfach sind, führen, hatte es früher die Entmündigung aufgehoben. Nachträglich zeigte sich, daß er auch die einfachen Dinge nicht führen konnte und sogar der Anwalt einer großen Zahl Halbgeisteskranker wurde. Dr. *Feurich* meint, daß die Tätigkeit des Patienten als Prozeßagent als gemeingefährlich gelten könne, zumal er seinen Klienten für seine unnütze Tätigkeit auch Geld abnimmt. — Nach Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein liegt das Hauptgewicht bei einer Gruppe solcher geisteskranker Querulanten im Schwachsinn, in der Unbelehrbarkeit, weniger in der Wahnbildung. Paranoische Querulanten befinden sich außerhalb der Anstalt meist besser, die Anstalt schade ihnen. Leider komme es in der Regel zu einer Kollision, die verursacht, daß sie nach jahrelangem Leben in der Freiheit einmal in die Anstalt gebracht werden müßten. — Auf den Hinweis des Nervenarztes Dr. *Haenel*-Dresden, auf die Dauer würden wohl die Leute bemerken, daß L.s Eingaben erfolglos seien, bemerkt noch Dr. *Feurich*, daß L.s Praxis trotz dieser Erfolglosigkeit in der letzten Zeit sogar zugenommen habe.

108. Sitzung vom 1. Juni 1906.

Landrichter *von Teubern*-Dresden erstattet ein Referat über die Schrift Dr. jur. *Lohsings*: Das Geständnis in Strafsachen, und zwar nach der juristischen und psychologischen Seite.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Diskussion trägt Hofrat Dr. *Ganser*-Dresden einen krassen Fall unwahrer Selbstbeschuldigung eines geistig gesunden, homosexuellen Kellners vor, der als Motiv der Anzeige angab, als schwer Schwindsüchtiger sein Gewissen erleichtern zu wollen. Dem Gericht gelang es, die Unwahrheit des an sich nicht unglaubhaften Geständnisses und als Beweggrund des Mannes Rache festzustellen, da ein anderer in die Angelegenheit mit verwickelt werden sollte. Falsche Beschuldigungen seitens Geisteskranker seien nicht selten (vgl. Hysteriker). — Oberamtsrichter Dr. *Weltz*-Dresden erwähnt den seltsamen Fall, daß jemand in einer schwierigen Sache aus Mitleid mit dem Untersuchungsrichter ein unwahres Geständnis abgelegt hat. — Dasselbe tat nach einer Mitteilung des Landgerichtsrats Dr. *Kraner*-Dresden ein Mädchen auf die Drohung, sie auf ihre Virginität untersuchen zu lassen. — Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein erinnert daran, wie wichtig es sei, daß besonders auch die Polizeiorgane bei Geständnissen vorsichtig seien, ferner an die Gefahr von Suggestivfragen und daran, daß das Protokollieren von Geständnissen möglichst eingehend erfolgen möchte.

109. Sitzung vom 2. Juli 1906.

Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden: Über den Geisteszustand der Selbstmörder.

Referent ist der Meinung, daß man sich mit der Untersuchung geretteter Selbstmörder beschäftigen müsse, wenn man Genaueres über die zur Selbstvernichtung führenden Seelenzustände erfahren wolle. Unter den in den Jahren 1891—1900 in die Heil- und Pfleganstalt zu Dresden aufgenommenen Kranken fanden sich nach Ausschaltung einer Fehlerquelle insgesamt 401, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, und zwar 198 (d. h. 7,25 % aller aufgenommenen) Männer und 203 (d. h. 11,12 %) Frauen. Von diesen litten 35 Männer und 30 Frauen nicht an einer ausgesprochenen Geisteskrankheit, während alle anderen geisteskrank waren. Dr. *Stegmann* sucht zunächst diese als „nicht geisteskrank" bezeichneten Fälle etwas näher zu charakterisieren und hebt hervor, daß nur wenige von ihnen im psychiatrischen Sinne als völlig normal anzusehen seien. Er hält das Vorkommen eines Selbstmordversuchs an sich nicht für ein Zeichen psychischer Abnormität, solange Gründe vorliegen, die stark genug erscheinen, um den Selbsterhaltungstrieb zu besiegen. Dies zu beurteilen wäre aber nur möglich auf Grund einer genauen Analyse der einzelnen Persönlichkeiten, und, da es uns zunächst ganz an Richtungslinien für solche Untersuchungen gebricht, erscheint es notwendig, diejenigen biologischen Tatsachen zu sammeln, die schon jetzt ganz allgemein beachtet zu werden pflegen. Bei einer Durchsicht des vorhandenen Materials fanden sich nun gewisse Eigentümlichkeiten, die geeignet sind, die Aufmerksamkeit zu erregen, wenn sich auch aus ihnen irgendwelche bestimmten Schlüsse nicht ziehen lassen. So fand sich die größte Zahl der Selbstmordversuche im 26. bis 30. Lebensjahre (16,17 %), während die größte Zahl


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der in die Anstalt gebrachten Erkrankungsfälle in das Lebensalter von 36—40 Jahren fällt (14,16 %). Erblich belastet waren von den Kranken der Anstalt im allgemeinen durchschnittlich 35 %, hingegen unter denen, die einen Selbstmordversuch gemacht hatten, 46,6 % (48,4 % Männer, 44,8 % Frauen). Alkoholmißbrauch lag vor bei 109, d. h. 55,05 der männlichen und 20, d. h. 9,85 % der weiblichen Selbstmordkandidaten. Die erbliche Belastung bestand in einem großen Teil der Fälle, besonders auch bei den als nicht eigentlich geisteskrank bezeichneten in Trunksucht der Eltern. Die angegebenen Daten lassen erkennen, daß zahlreiche Momente bei den gesammelten Fällen gefunden wurden, die eine verminderte Widerstandfähigkeit gegen die Schwierigkeiten des Lebens erklärlich machen; es wird aber ein weit größeres Material nötig sein, um die Grundfragen des schwierigen Problems befriedigend zu beantworten. (Die Arbeit ist veröffentlicht in Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd XXII Ergänzungsheft.)

In der Diskussion bestätigt Obermedizinalrat Dr. *Hesse*-Dresden, daß die Statistik durch die zweifellos vorkommenden Verheimlichungen von Selbstmorden leide. Größere Versicherungsgesellschaften pflegten auch bei Selbstmord meist zu zahlen. — Anstaltsarzt Dr. *Schubart*-Dresden führt aus, seines Erachtens ständen die Selbstmörder doch wenigstens hart an der Grenze der Geisteskrankheit, und berichtet über einen hierfür charakteristischen Fall, ein erblich belastetes und etwas leichtfertiges Mädchen, das Selbstmörder zu Geschwistern hat. — Auch Nervenarzt Dr. *Haenel*-Dresden meint, daß die Stimmung, unter der die Leute Selbstmord begingen, meist mindestens nahezu pathologisch sei. Vorsichtig müsse mit der Auffassung verfahren werden, daß die Tatsache eines Selbstmordes die Angehörigen erblich belaste. — Landgerichtsrat *Döhn*-Dresden betont die Wichtigkeit der Jahreszeit beim Selbstmord; es sei gesagt worden, besonders häufig erfolge er im Juni. Sachsen sei bekannt als das klassische Land für Selbstmord. — Letzteres läßt sich nach Ansicht des Dr. *Stegmann* schwer erklären; am ehesten kämen wohl die verschiedenen Einflüsse der Industrie in Betracht. Auch die Ursache der Schwankungen in den Selbstmordziffern je nach der Jahreszeit sei noch nicht genügend klar. Derartige Kurven seien auch bei gewissen Verbrechen und bei Schwängerungen vorhanden. Auch *Aschaffenburg* habe für den erwähnten Höchststand im Juni nur Vermutungen gegeben. — Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein verweist auf die große Rolle, welche Imbezillität beim Selbstmord spiele, und glaubt nicht, daß seine Zunahme sich aus dem Wachsen der Kultur erkläre; auch der Einfluß der Sitte komme in Betracht (vergl. Rom). Die Sachsen seien wohl auch empfindlicher veranlagt. — Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden bemerkt, mehr als die Bildung sei wohl die Sucht gewachsen, Bildung nachzuahmen. Trotz Fehlens der Mittel sei dem Vater oft sein Beruf für den Sohn zu gering. Dann käme es zu Konflikten und Neurasthenie und unter Umständen zum Selbstmord.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

110. Sitzung vom 18. September 1906.

Dr. med. *Flade*-Dresden als Gast: Trunksucht und Strafvollzug.

1. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über Entmündigung Trunksüchtiger reichen nicht hin, das erstrebte Ziel, die Heilung Trunksüchtiger herbeizuführen.

2. Es bedarf dazu einer größeren Zahl von Trinkerheilanstalten. Zu zwangweiser Unterbringung in diese darf aber nicht Voraussetzung die Entmündigung des Trunksüchtigen sein, sondern muß bereits der durch Zeugnis eines sachverständigen Arztes bestätigte Krankheitszustand der Trunksucht genügen.

3. Zwangweise Verbringung in Trinkerheilstätten ist vor allem bei Trunksüchtigen gerechtfertigt, die unter Einwirkung des Alkohols strafbare Handlungen begangen haben.

4. Gegen Trunksüchtige, die wegen einer strafbaren Handlung verurteilt wurden, und gegen Trunksüchtige, die eine strafbare Handlung begingen, aber wegen ihres Zustandes zur Zeit der Tat freigesprochen werden mußten, kann das erkennende Gericht gleichzeitig zwangweise Verbringung in eine Trinkerheilstätte anordnen. Solche Anordnung kann aber nur erfolgen, wenn nach Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen Heilung des Trunksüchtigen zu erwarten steht.

5. Den unter 2. ausgedrückten Wünschen ist in einem Reichs-Trinkerfürsorge-Gesetz zu entsprechen. Dem unter 3. und 4. geäußerten Verlangen ist bei Abfassung des neuen Strafgesetzbuches Rechnung zu tragen.

Die sich anschließende Diskussion führt zur Einsetzung einer Kommission. Über das Ergebnis der Beratungen derselben vergl. Sitzung vom 17. Januar 1907.

111. Sitzung vom 30. November 1906.

Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden stellt fünf Kranke vor.

1. 8jähriger Knabe, der seinem Alter angemessene Fragen richtig beantwortet. Er ist unehelich geboren; Heredität ist nicht nachgewiesen. In der Schule hat er zunächst gut gelernt, später aber zeigte er verändertes Wesen, Arbeitsunlust, Ungehorsam, Trotz. Er ist schmutzig in der Kleidung, hat Geld und Genußmittel wiederholt gestohlen, auch fremdes Geld vernascht. Einmal wollte er zu einer Tante in eine benachbarte Stadt fahren, ohne eine solche dort zu haben. Häufig wurde er von der Wohlfahrtspolizei bei Streifzügen aufgegriffen; hierzu nahm er seinen jüngeren Bruder mit und warf dessen Hut und Stiefel in die Elbe. In der Anstalt ist auch Bettnässen vorgekommen. Zunehmende Zerstreutheit; trotz Ermahnungen Schulversäumnisse; von früher Jugend an Stehlen, Lügen unsinnige Handlungen. In der Anstalt hat er sich nach Unbotmäßigkeiten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Personale widersetzt. Seine Mutter konnte nichts mehr mit ihm anfangen und hat um seine Beobachtung gebeten.

2. 12jähriger Knabe. Mäßiger Wasserkopf; sonst nichts Abnormes am körperlichen Befund. Er begann spät zu laufen und zu sprechen. Im 1. Lebensjahre kamen 12 Zähne fast auf einmal. Erblichkeit ist nicht erwiesen. In der Schule zunächst gut, dann ungleichmäßig in den Leistungen, unaufmerksam und flatterhaft. Er beschmierte und verunstaltete die Schulbänke. Vom Lehrer wird er als außerordentlich klug bezeichnet, aber als unaufmerksam und später auch als lügnerisch. Er beging betrügerische Vorspiegelungen, um Fruchtsaft zu bekommen. Versuche, auf ihn korrigierend einzuwirken, Ermahnungen und Züchtigungen nützen nichts. Läuft von Hause weg und treibt sich herum, teils aus Furcht, teils auch ohne solchen Grund; bleibt die Nächte aus, wird von anderen Leuten heimgebracht. Bei den Wanderungen entnimmt er bisweilen Eßwaren auf Rechnung der Eltern, um sich zu ernähren, und stiehlt diesen Geld. Als Laufbursche bei einem Milchhändler, bei dem ihn die Eltern in den Ferien unterbrachten, entwendet er 1 Mark und hält Freunde frei. In diesem Herbst war er Laufbursche bei einem Buchhändler, dem er Geld unterschlug und Bücher wegnahm; er sagt, er habe diese in die Elbe geworfen. Auch hier fehlt es an Intelligenzstörung. In der Anstalt auf Veranlassung seines Vaters.

3. 20jähriger junger Mann mit starker Erblichkeit: sein Vater war ein psychopathischer Mensch, Nachtwandler und zu Selbstmord neigend, seines Vaters Bruder beging Selbstmord. Die Schwester und die Cousine seiner Mutter sind idiotisch, sein Onkel geisteskrank. Patient selbst lernte erst mit 6 Jahren sprechen; er war als Kind jähzornig und stach sogar ein anderes Kind in den Leib. Auch zeigte er einmal Nachtwandeln. Von früh auf stahl er, war wohl nach der Tat auf Vorhalt des Vaters gerührt, wurde aber bald rückfällig und verübte einen Feld- und einen schweren Einbruchsdiebstahl. Nach einem Selbstmordversuch in der Untersuchungshaft trat bei ihm eine hysterische Anästhesie der Haut ein. Er weist überhaupt hysterische Konstitution auf und ist schwachsinnig.

4. 22jähriger junger Mann, der das dritte Mal in der Dresdner Anstalt weilt: Vater starker Trinker und gemütsroher Mensch, Großvater auch schwerer Trinker. Die Mutter erlag einem Gehirnleiden, ein Onkel der Epilepsie. In der letzten Zeit vor seiner Geburt war seine Mutter schwer krank. Im Rechnen ist Patient ziemlich gewandt, hat aber in den Schulkenntnissen große Lücken aufzuweisen und erscheint unfähig, diese auszufüllen. Seit den Knabenjahren lügt und stiehlt er. 8 Monate war er in der Besserungsanstalt. In keiner Stelle hielt er über 3 Monate aus. Einmal hat er die Portokasse angegriffen, ein anderes Mal das Dienstmädchen bestohlen. In der Untersuchungshaft machte er einen Erhängungsversuch. Sobald er in Freiheit war, verübte er erneute Spitzbübereien. Die letzten Male eignete er sich 100 Mark Wechselgeld zu und entwendete


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geld mittels Erbrechens eines Behältnisses. Er trinkt und besucht Bordelle. Der hiesigen Anstaltsdisziplin fügt er sich leicht. Zuweilen stellt sich ein starker Freiheitstrieb plötzlich ein. Er weist deutliche intellektuelle Schwäche und ethischen Defekt von Jugend an auf.

5. 44jähriger Mann; er betritt den Saal mit den Worten, er wolle die Anstalt verlassen, um nun zu heiraten. Er hat 58 Vorstrafen, die erste im 10. Jahre. Auch war er in einer Besserungsanstalt wegen mehrfacher Diebstähle in jugendlichen Jahren. Als älterer Bursche stahl er mit Schulknaben. Schon als junger Zwanziger kam er wegen Diebstahls ins Zuchthaus. Später verübte er Sittlichkeitsverbrechen an Kindern. Den größten Teil seines Lebens hat er in Strafanstalten verbracht; in diesen führte er sich verschieden: teils gut, teils drohend und wütend. Er wird als „hochgradig schwach- und blödsinnig“ in den Zuchthausakten bezeichnet. Lernte erst mit 9 Jahren sprechen. Sein Vater war Potator, der speziell in der Zeit der Zeugung sehr stark getrunken hat. Aus dem Zuchthaus schrieb Patient ganz sinnlose Briefe nach Hause; er arbeitete schlecht. In der Arbeitsanstalt, in die er dann kam, wollte er sich einen Revolver kaufen. Von da wurde er in die hiesige Anstalt verbracht.

Diskussion. — Hofrat Dr. *Ganser*: Diese 5 Fälle stellen gleichsam die Entwickelung des Gewohnheitsverbrechers dar. Alle fünf sind Defektmenschen. Vielleicht sind solche Leute auf einem gewissen Niveau zu erhalten. Meist sind alle Versuche fruchtlos. Bei Gewohnheitsverbrechern dieser Art wirkt die gegenwärtige Strafrechtspflege schädlich. Die Fälle zeigen namentlich, daß der krankhafte Schwachsinn auch nur auf Gemütsdefekt beruhen kann.

Landrichter *Stoß*-Dresden weist auf die schwierige Lage hin, in der die erkennenden Richter sich in derartigen Fällen bei den jetzigen Vorschriften und besonders auch deshalb befinden, weil ihnen die Zuchthausakten nicht ohne weiteres zugänglich seien. — Regierungsassessor Dr. *Ilberg*-Dresden befürwortet Erlaß von Bestimmungen, nach denen in Prozessen gegen Beschuldigte mit besonders großer Zahl von Vorstrafen gerichtsärztliche Gutachten über den Geisteszustand beigezogen werden müssen. — Dr. *Ganser* hält eine derartige Maßnahme für sehr gerechtfertigt.

112. Sitzung vom 14. Dezember 1906.

Oberarzt Dr. *Ranniger*-Hochweitzschen spricht über die schriftlichen Äußerungen Geisteskranker in forensischer Beziehung. Er legt dabei eine größere Anzahl von Schriftproben solcher Kranken vor.

In der Diskussion weist Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein darauf hin, daß die Schriftzüge Geisteskranker für die Diagnose oft wichtige Aufschlüsse geben. Vor allem gelte dies für Querulanten (Unterstreicher besondere unpassende Absätze) und Paralytiker (Zitterschrift,


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Worten). An sich völlig unklare Schriftäußerungen seien dem verständlicher, der die mündliche Ausdrucksweise des abnormen Schreibers kenne.

113. Sitzung vom 17. Januar 1907.

Die Vorschläge der von der Vereinigung eingesetzten Kommission zur Fürsorge für Trunksüchtige, insbesondere für solche, die in der Trunkenheit strafbare Handlungen begangen haben, werden einer eingehenden Diskussion unterworfen und sodann nach redaktionellen Änderungen zum Beschluß erhoben.

Dieselben lauten:

1. Die Erfahrung lehrt, daß eine große Zahl der strafbaren Handlungen von Trunksüchtigen begangen wird.

Wie die bestehenden gesetzlichen Vorschriften und ihre Anwendung im allgemeinen unzulänglich erscheinen, um den durch die Trunksucht für die Trinker und ihre Umgebung hervorgerufenen Notstand zu heben oder doch zu mindern, so ist dies insbesondere und in verstärktem Maße der Fall in Hinsicht auf die Behandlung solcher Trunksüchtigen, die in der Trunkenheit strafbare Handlungen begangen haben.

Die Heilung solcher Personen anzustreben, und soweit dies nicht möglich ist, doch die öffentliche Ordnung und die Umgebung solcher Trunksüchtiger vor wiederholter Beeinträchtigung von ihrer Seite zu schützen, ist eine besonders dringende Aufgabe. Sie kann durch schärfere Handhabung der bestehenden Reichs- und Landesgesetze und durch deren weiteren Ausbau in wirksamerer Weise als bisher erfüllt werden.

2. Nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften kann der wegen Trunksucht Entmündigte auch gegen seinen Willen zum Zwecke seiner Heilung oder um ihn vor den ihm selbst aus seiner Leidenschaft drohenden Nachteilen zu schützen, auf Antrag seines Vormundes einer Anstalt zugeführt und dort festgehalten werden.

Es scheint geboten,

a) daß die Gemeindebehörden, die erfahrungsgemäß zurzeit nur ganz selten von dem ihnen nach Abs. 5 des § 680 d. C. P. O. und § 19 d. Kgl. Sächs. Gesetzes v. 20./6. 00 zustehenden Antragsrecht Gebrauch machen, von den Oberbehörden und gegenüber denjenigen Trunksüchtigen, die in der Trunkenheit strafbare Handlungen begangen haben, auch von den Staatsanwaltschaften angehalten werden, rechtzeitig die Entmündigung der Trunksüchtigen zu beantragen, dafern dies nicht von seiten der übrigen Antragberechtigten geschieht, und

b) daß auch der Staatsanwaltschaft durch entsprechende Ergänzung der C. P. O. das Recht verliehen wird, die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen und auch dann, wenn der Antrag nicht von ihr ausgegangen ist, bei dem Entmündigungsverfahren in gleicher Weise wie bei



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Entmündigung von Geistesgestörten mitzuwirken, da an der Entmündigung Trunksüchtiger mindestens das gleiche öffentliche Interesse besteht, wie an der der Geistesgestörten, und die Angehörigen des Trunksüchtigen nur selten rechtzeitig und mit genügendem Nachdruck seine Entmündigung betreiben.

3. Dafern nur Entmündigungsantrag gestellt ist, kann auch vor Abschluß des Verfahrens und insbesondere auch im Falle einer nach § 681 der C. P. O. verfügten Aussetzung der Beschlußfassung nach Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft der Vormund die zwangweise Unterbringung des Trunksüchtigen veranlassen.

Daß es im Interesse der Trunksüchtigen und der öffentlichen Ordnung geboten ist, geeignetenfalls davon Gebrauch zu machen, daß ferner bei Bestellung der Vormünder auf die Wahl energischer und einsichtiger Personen besonders Bedacht genommen, und daß in dazu angetanen Fällen auch vom Vormundschafts*gerichte* selbst auf Grund der §§ 1838, 1897 B. G. Bs. die Unterbringung des bevormundeten Trunksüchtigen angeordnet, und daß gegen säumige Vormünder, die eine rechtzeitige Unterbringung ihres trunksüchtigen Mündels vernachlässigen, soweit nötig, gemäß Abs. 2 des § 1837 mit Ordnungsstrafen vorgegangen, oder gemäß § 1886 B. G. Bs. die Entlassung verfügt werde, möchte den Gerichten in geeigneter Weise in Erinnerung gebracht, auch gegebenenfalls durch die Gemeindebehörden angeregt werden, die etwa Entmündigungsantrag gestellt haben.

4. a) In den meisten Fällen, wo Verurteilung von Trunksüchtigen wegen in der Trunkenheit begangener strafbarer Handlungen oder Freisprechung wegen durch Trunk herbeigeführter Unzurechnungsfähigkeit erfolgt, wird das *Straf*gericht in der Lage sein, zutreffend zu beurteilen, ob — im Falle der Verurteilung nach der Strafverbüßung — eine Unterbringung des Trunksüchtigen in seinem oder in öffentlichem Interesse geboten ist. Es bedarf daher gesetzlicher Bestimmungen, die zur Vermeidung der Weiterungen des Entmündigungsverfahrens, bezw. der Mitwirkung des Vormundschaftsrichters für solche Fälle dem *Strafrichter* die Befugnis erteilen, seinerseits die zwangweise Unterbringung des Trunksüchtigen in einer Trinkerbewahranstalt (s. Punkt 5) auf die Dauer des Heil- oder Schutzbedürfnisses zu verfügen.

b) Dabei wird auch darauf Bedacht zu nehmen sein, daß der Strafrichter im Strafurteil oder — etwa auf Anregung der Strafvollstreckungsbehörde — in einer besonderen Entscheidung die Anordnung treffen kann, daß eine *längere* Freiheitstrafe ganz oder zum Teil in einer Trinkerbewahranstalt (s. Punkt 5) zu verbüßen ist, soweit dies nach den Umständen des Falles und der Persönlichkeit des Täters zulässig erscheint.

c) Weiter werden durch Gesetz die Landespolizeibehörden zu ermächtigen sein, Trunksüchtige, die ihnen entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 5 des § 361 und des § 362 des jetzigen Strafgesetzbuches über-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiesen worden sind, auf Zeit in einer Trinker-Heil- oder Bewahranstalt unterzubringen.

5. Um diesen Aufgaben genügen zu können, sowie um überhaupt den durch die Trunksucht veranlaßten Schäden entgegenzutreten, bedarf es neben freien Trinker heil anstalten der Gründung von ärztlich geleiteten Trinker bewahr anstalten, in denen Trunksüchtige auch zwangweise untergebracht und festgehalten werden können, wenn dies zur Vorbereitung ihrer Heilung oder zu ihrem eigenen Schutze oder zum Schutze ihrer Umgebung geboten ist.

Diese Bewahr anstalten müßten von der öffentlichen Gewalt geschaffen und könnten auch bestehenden anderen Anstalten angegliedert werden.

114. Sitzung vom 14. März 1907.

Anstaltsarzt Dr. *Hofmann*-Bautzen spricht über die Art der Delikte bei den einzelnen Geistesstörungen. An der Hand der *Kräpelin*schen Einteilung der Psychosen behandelt der Vortragende die bei denselben vorkommenden Arten der Delikte und erörtert besonders derartige Handlungen bei Hysterie, Neurasthenie und Epilepsie, für die er Beispiele aus eigner Erfahrung mitteilt. Er erläutert ferner den Zusammenhang zwischen Delikt und Psychose und geht speziell auf das häufige Vorkommen von Delikten bei Alkoholismus und beginnender Dementia praecox ein, die in ihrem Anfangsstadium besondere diagnostische Schwierigkeiten machen kann.

In der Diskussion bemerkt Oberarzt Dr. *Ilberg*-Großschweidnitz, es müsse bei Delikten, bei denen geistige Anomalien in Betracht kommen, nicht nur geprüft werden, ob letztere vorliegen, sondern auch, ob durch die festgestellten psychischen Abnormitäten die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sei. Nur dann könne nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen Straffreiheit eintreten. Das gelte auch bei Querulanten. — Die auf den Wandtafeln zur Alkoholfrage von *Gruber* und *Kräpelin* verarbeitete Statistik lehre, welch kolossaler Prozentsatz bei Raub, Totschlag, Mord, Brandstiftung, Sittlichkeitsverbrechen, Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Hausfriedensbruch, Aufruhr u. dergl. unter dem Einflusse des Alkohols begangen werde. — Eine Zusammenstellung aus der Hallenser psychiatrischen Klinik zeige, daß die meisten Exhibitionisten zur Zeit der Tat entweder betrunken oder ausgesprochen geisteskrank gewesen seien. — Epileptische Trinker begehen besonders schwere Taten. — *I.* berichtet über einen interessanten Fall von Urkundenfälschung bei Morphinismus und einen Fall von Kokainismus, in welchem der betreffende Mann Halluzinationen über angebliche Untreue seiner Frau hatte und diese ermordete.

Geheimrat *Weber*-Sonnenstein weist auch auf die große Rolle hin, die der Alkohol z. B. bei den sogenannten Massenmorden spiele. Er


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erinnert auch an die folie de masse, den sogen. Massenwahnsinn; bei Leuten, die an öffentlichen Aufläufen teilnehmen, würden Widerstandfähigkeit und korrigierende Begriffe verdunkelt, und sie führten dann in Unselbständigkeit des Denkens und Wollens aus, woran sie allein kaum denken würden (Bilderstürmer, französische Aufrührerszenen). Bei Manisch-Depressiven kämen oft Handlungen vor, die man als Nichtsachverständiger gar nicht als Krankheit erkenne. — Gegenüber den Querulanten wäre es das Zweckmäßigste, wenn man sie ignorieren könnte. Wird z. B. der Querulant entmündigt oder bestraft usw., so gerät er oft erst wieder in Unruhe.

Regierungsassessor Dr. *Ilberg*-Dresden berichtet über einen Fall von Querulantenwahnsinn aus der Verwaltungspraxis, bei dem es auch am zweckmäßigsten war, auf die vielen Eingaben des Querulanten einfach nichts mehr zu verfügen.

115. Sitzung vom 16. April 1907.

Anstaltsarzt Dr. *Schubart*-Dresden referierte über das Buch Dr. *Ernst Sieferts*: Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber." Das Werk enthält 83 zum Teil sehr ausführliche Krankengeschichten, welche die Grundlage der Beobachtung bilden. *Siefert* teilt die Krankheitsformen in degenerative Haftpsychosen und echte Psychosen. Echte Psychosen sind solche, wie wir sie meist auch in der freien Daseinsform finden. Bei degenerativen Haftpsychosen entwickelt sich auf der Grundlage einer meist von Jugend auf bestehenden Charakterentartung in der Haft und durch dieselbe eine Geistesstörung. Die Charakterentartung sucht *Siefert* an einigen Grundzügen und Elementen nachzuweisen, wie wir sie auch bei Degenerierten und Psychopathen im freien Leben finden, und zeigt durch Aufdeckung des Lebenslaufes, daß diese Charakterelemente angeborene und in der Entwicklung des Individuums begründete sind. Daß es gerade die Haft und der Strafvollzug sind, welche auf diesem Boden Geisteskrankheiten hervorrufen, beweist *Siefert* aus dem Umstande, daß die Geistesstörungen unter der freieren Behandlung in der Irrenabteilung des Strafgefängnisses sich erheblich besserten und in den noch freieren Irrenanstalten sich meist vollständig verloren. Der Nachweis dieser krankhaften Charakterzüge führt zur Erkenntnis der Artung des Gewohnheitsverbrechers überhaupt und stellt diesen letzteren in Gegensatz zum Milieu-Verbrecher, an dem Krankhaftes meist nicht nachzuweisen ist. *Siefert* übt freie und sachliche Kritik an den zurzeit bestehenden Behandlungsmethoden der geisteskranken Verbrecher in den Irrenabteilungen der Strafgefängnisse.

116. Sitzung am 20. April 1907.

Besichtigung der Landes-Erziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vor dem Rundgang sprach der Anstaltsdirektor Herr Oberregierungsrat *Müller* über die Anstalt, ihre Anlage und Organisation, ihre Zöglinge und Beamten:

Die Anstalt Chemnitz ist eine Erziehungsanstalt, errichtet zum Zweck der Zusammenlegung der vorhandenen alten Erziehungsanstalten für Blinde in Dresden mit Moritzburg und Königswartha, — für Schwachsinnige in Großhennersdorf und Nossen, welche sämtlich baulich und räumlich unzulänglich geworden waren und nun durch die Errichtung der Chemnitzer überflüssig und aufgehoben worden sind. Die hiesige Anstalt hat 38 Gebäude inkl. 5 Beamten- und 4 Ökonomiehäuser. Auf einer Mittellinie von Süd nach Nord stehen: Verwaltungshaus, 3 Schulen, Kirche, Turnhalle. Westlich die männliche Abteilung. Östlich die weibliche Abteilung, die wirtschaftlichen Gebäude (Küche, Wäscherei, Zentralbad, Zentrale für Licht, Heizung und Heißwasserbereitung).

Insassen: Im südlichen Teil der Anstalt wohnen die Blinden (225 Köpfe), im nördlichen die Schwachsinnigen (etwa 450 Köpfe).

a) Die Blinden: Vom 6. Jahre an, also mit dem Tag der Schulpflicht aufnahmefähig, treten die entweder blindgeborenen oder später erblindeten Kinder ein. Die für sie verschlossene Volksschule wird ihnen durch den Blindenunterricht mit seinen spezifischen Mitteln und Methoden ersetzt. Sie werden nach der Schulzeit in einer 4—6 jährigen Lehrzeit (je nach der Fassungskraft) in einem für Blinde geeigneten Handwerk bez. Gewerbe bis zur selbständigen Erwerbsfähigkeit ausgebildet (Korbmacherei, Seilerei, Rohrstuhlbezug, Klavierstimmen für männliche, — Rohrstuhlbezug, Bürstenmacherei, weibliche Handarbeiten für weibliche Blinde). An die jugendlichen Blinden schließen sich die im späteren Alter Erblindeten an, solange sie noch kräftig, gesund, also lernfähig sind, um hier Blindenschrift und ein Gewerbe zu lernen.

Solche Späterblindete, welche nur der Pflege bedürfen, sind ausgeschlossen. Für geistigschwache Blinde gibt es eine besondere Abteilung mit Stufen. Die kleinen Blinden vom 6. bis 9. Jahre, Knaben und Mädchen, haben weibliche Pflege.

b) Die Schwachsinnigen: Vom 6. Jahre (mit Eintritt der Schulpflicht) sind aufnahmefähig nur solche Schwachsinnige, welche von einem zuständigen Arzt am Wohnort und vom Fachpädagogen und psychiatrischen Arzt in der Anstalt auf Grund eines Formulargutachtens als erziehungsfähig bezeichnet werden.

NB. Blöde und geisteskranke Kinder werden zwar hier begutachtet, aber zur Aufnahme in die Hilfsabteilung bei der Heil- und Pfleganstalt Hubertusburg und künftig, falls der Landtag die Mittel bewilligt, in die neueinzurichtende Pfleganstalt Großhennersdorf überwiesen.

Die hierher aufgenommenen erziehungsfähigen Schwachsinnigen sollen mit allen durch Wissenschaft und Erfahrung gewonnenen Mitteln, durch Schulunterricht, technische Anleitung, Arbeitserziehung erzogen


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und womöglich bis zur Erwerbfähigkeit gefördert werden. Dazu gibt es 6 Schulklassen, 4 Vorschulklassen und etliche sogenannte Arbeitsabteilungen für solche, welche, kaum schulfähig, doch an Arbeit gewöhnt und darin zu einer Leistung gebracht werden. Denn während früher (z. B. in Hubertusburg) als erziehungfähig nur diejenigen galten, welche ein ziemlich hohes Schulziel und die Konfirmation erreichten, ist man neuerdings viel tiefer mit der Fassung dieses Begriffs herabgestiegen und versteht unter „erziehungfähig" solche Kinder, welche durch Unterricht oder technische Schulung zu einer Lebensbetätigung erzogen und gehoben werden können, die sie halbwegs erwerbfähig macht.

Darum hört aber auch die Erziehung und Behandlung schwachsinniger Kinder hier mit der Schulentlassung nicht auf, sondern es schließt sich an sie die Ausbildung zu intensiver Arbeitsbetätigung an, die sich erstreckt auf landwirtschaftliche, gärtnerische, Haus- und Hofarbeit und Korbmacherei bei männlichen, auf Küchenarbeit, Wäschewaschen, Ausbesserungs- und weibliche Hand- sowie alle Hausarbeit bei weiblichen.

Die Erfolge sind so, daß ungefähr 30 % erwerbfähig werden, die 70 % andern werden nur halb oder einviertel erwerbfähig.

An die Erziehung in der Anstalt schließt sich die Entlassung und sowohl in bezug auf die Blinden als die Schwachsinnigen die Fürsorge für ihr weiteres Fortkommen an. Für die Blindenfürsorge dient der Zinsenertrag des Blindenfonds, der durch wohltätige, freiwillige Stiftungen entstanden ist, für die Schwachsinnigen der Zinsenertrag der Unterstützungskasse, welche, mit einer vom Staat gewährten Summe begründet, durch freiwillige Zuwendungen wachsen soll. —

Unter der Oberleitung des als langjährigen Spezialisten in der Erziehung Minderwertiger erprobten Anstaltsdirektors arbeiten

a) 2 Schuldirektoren an der Spitze der 2 Abteilungen, beauftragt, das eigentliche Anstaltswerk, die Erziehung der Zöglinge, zu treiben. Sie arbeiten mit ihrem Stab von Lehrern (8 bei den Blinden, einschl. 1 Lehrerin, 12 bei den Schwachsinnigen, einschl. 1 Lehrerin), von Werkmeistern (für die besonderen Handwerke der Korbmacherei, Bürstenmacherei und des Klavierstimmens), Oberpflegern, Oberpflegerinnen, Pflegern und Pflegerinnen, unter welch letzteren die geschulten Kindergärtnerinnen bevorzugt werden, in Schule, Werkstättengebäuden, Wohnungen an der Ausbildung der Zöglinge;

b) der Anstaltsarzt, der psychiatrische Ausbildung besitzt, damit er nicht nur die allgemeinen medizinischen Aufgaben an Zöglingen und Beamten ausrichtet, sondern auch die spezielle Aufgabe des medizinischen Sachverständigen für die Behandlung der Schwachsinnigen erfüllen kann. Dazu sollen ihm dienen die Beurteilung der Neulinge, die Aufnahmeabteilung für neuzugeführte Schwachsinnige (die organisiert wird, sobald ein 2. Arzt gefunden und angestellt ist), die Ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständigung mit den Lehrern bez. Direktoren über die Beschaffenheit der Schüler, die Beobachtung der Zöglinge in Schule und Haus;

c) der Geistliche, welcher im selbständigen Anstaltspfarramt steht und die Predigt und Seelsorge zu pflegen hat. —

So sind im Königreich Sachsen die erziehungfähigen Epileptischen für sich (Hochweitzschen), die erziehungfähigen Schwachsinnigen für sich (Chemnitz), die erziehungunfähigen Blöden und tiefpathologischen Kinder für sich (Hubertusburg, künftig Großhennersdorf) untergebracht. —

Der folgende Rundgang führte

a) zur Mädchenschule der Schwachsinnigen, in welcher besonders kleinere Mädchen bei Fröbelarbeiten (Perlenreihen, Papierflechten) beschäftigt waren;

b) zur Turnhalle, wo die zwei oberen Schülerklassen turnerische Bewegungen vorführten, und die Arbeiten der Schwachsinnigenhandfertigkeit ausgelegt waren;

c) zur Knabenschule, in welcher mit verschiedenen Klassen die Methode des Unterrichts in deutscher Sprachlehre, im Rechnen, in Anschauung vorgeführt wurde, deren Kern nicht Belehrung sondern Tätigkeit, und zwar Selbsttätigkeit der Kinder ist;

d) zum Werkstättengebäude der Knaben, wo die gesamte Handfertigkeit in Holz-, Papp- und Tonarbeiten gezeigt wurde;

e) in das Krankenhaus, in welchem Herr Anstaltsbezirksarzt Dr. *Meltzer* die Räume zeigte, anthropologisch interessante Kinder in Photographie vorwies, die Badeeinrichtungen und die psychologischen Instrumente vorführte. Herr Dr. *Meltzer* führte etwa folgendes aus: Obgleich die Anstalt als eine pädagogische organisiert ist und der Arzt in allen Fragen der Erziehung und Beschäftigung der Anstaltsinsassen mehr nur eine beratende Stimme hat, so ist trotzdem das Feld seiner Tätigkeit kein geringes. Seine Aufgaben sind dreifacher Art: 1. praktisch ärztliche, 2. hygienisch prophylaktische, 3. wissenschaftliche. — 1. Die praktisch ärztlichen, in der Hauptsache darauf hinzielend, die kranken Körper der Anstaltsinsassen gesund zu machen, sind wegen des großen Materials der auch meist körperlich minderwertigen, zu Krankheit neigenden Schwachsinnigen und Blinden weit größer und mannigfaltiger als in Heil- und Pfleganstalten. Werden die Schwachsinnigen besonders von chronischen Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten und Hautleiden befallen, so spielen bei den Blinden Augennachkrankheiten und nervöse Leiden eine große Rolle. Die klinisch Kranken werden im Krankenhaus behandelt, die ambulanten Kranken in zwei täglichen Sprechstunden, zu denen sich durchschnittlich je 20 Kranke einstellen. Der hiesige Arzt muß nicht nur Psychiater und Neurolog sein, sondern auch einige Spezialkenntnisse in Otiatrie, Rhinologie, Ophthalmologie und Chirurgie besitzen. Speziell bei den Neulingen


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommt es darauf an, alle Hemmnisse der geistigen Entwicklung, wie sie Rachendrüsen, Erkrankungen der Augen und Ohren, nervöse und psychische Störungen darstellen, rasch zu erkennen und wenn möglich zu beseitigen. Eine im Prinzip schon genehmigte Aufnahme- und Beobachtungsabteilung soll es ermöglichen, die Aufnahmeuntersuchungen noch fruchtbarer, als es bis jetzt bei der Menge der Zuführungen (150 Schwachsinnige, 40 Blinde im Jahre 1906) und dem Mangel an ärztlichen Hilfskräften möglich war, und wissenschaftlicher zu gestalten. Die im Laboratorium des Krankenhauses aufgestellten und noch zu vermehrenden physiologischen und psychologischen Apparate sollen in den Stand setzen, objektiv, zahlenmäßig, experimentell geistiges Fortschreiten, Stillstand und Rückschritt festzustellen und die Befunde wissenschaftlich verwertbarer zu machen als bisher. 2. Die hygienisch prophylaktischen Aufgaben des Arztes verfolgen den Zweck, den schwächlichen Körper der Verpflegten widerstandfähiger zu machen, den gesundeten gesund zu erhalten, und den Anstaltskörper ganz im allgemeinen vor Eindringen von Seuchen zu schützen und die eingeschleppten Krankheiten tunlichst zu begrenzen. Zu diesen Aufgaben gehören: zweckmäßige Ernährung, Kleidung, Hautpflege, Abhärtung, Beschäftigung, Desinfektion, schulärztliche Beobachtungen usw. 3. Die wissenschaftliche Arbeit des Arztes soll mittels guter Anamnesen die Ursachen der Entstehung des Schwachsinns, der Blindheit aufzuklären suchen, damit den Volkskrankheiten wie der Rhachitis, dem Alkoholismus, den Geschlechtskrankheiten an der Hand greifbaren Materials entgegengewirkt werden kann. Die makroskopische und mikroskopische, die experimentelle und deskriptive Bearbeitung des zugänglichen Materials, die Photographie und Röntgénographie müssen ferner angewendet werden, um aus den vielen Fällen, die heute unter dem großen Sammelbegriff „Schwachsinn" zusammengefaßt werden, differente Typen herauszufinden. Das gleiche gilt von den Optikusatrophien, die sehr verschiedener Pathogenese sein können. Diese Aufklärungsarbeit zielt dahin, den Verfall in diese Volksübel möglichst zu verhüten, den von ihnen Betroffenen aber auch für den Laien rasch erkennbar zu machen, damit er eine zweckentsprechende Pflege und Behandlung in Anstalt und Familie, die Nachsicht seiner Mitmenschen und den angemessenen Schutz in foro findet. —

Sodann wurde geführt

f) zum Gebäude 31 mit den schwächsten Schwachsinnigen, bei denen, als zweifelhaft hereingekommen, die bildungfähigen von den -unfähigen sortiert werden;

g) zu einem Wohnhaus schwachsinniger Mädchen mit Schlafräumen im Erdgeschoß, einzelnen größeren und kleineren Wohnstuben im 1. Obergeschoß und Pflegerinnenstuben im 2. Obergeschoß;

h) zur Küche mit Speisesälen im 2. Obergeschoß;




Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

i) zur Blindenschule, in welcher besonders die Methode des Schreib- und Leseunterrichts und die Modellierarbeiten blinder Schüler gezeigt wurden, und endlich

k) zur Kirche, in welcher der gemischte Blindenchor zwei Gesänge vortrug.

117. Sitzung vom 17. Mai 1907.

I. In der Diskussion im Anschluß an die seitens der Vereinigung nach dem obigen Berichte erfolgte Besichtigung der Landeserziehungsanstalt für Schwachsinnige und Blinde in Chemnitz-Altendorf bemerkt Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Vom ärztlichen Standpunkte aus werde man sich mit der gegenwärtigen Organisation der Anstalt wohl insofern nicht völlig einverstanden erklären, als dem Arzte kein größerer Spielraum eingeräumt sei. Seines Erachtens werde grundsätzlich zu wünschen sein, daß, da Schwachsinnige Kranke seien, und auch um der Blinden willen, an der Spitze derartiger Anstalten ein Arzt stehe, der aber pädagogisch geschult sein müsse. Nur auf die Reflexbewegung in der Erziehung zur Erwerbfähigkeit und weniger auf die Psyche Wert zu legen, scheine ihm zu sehr Abrichtung zu sein und möchte im Interesse größerer Berücksichtigung der Psyche Änderung erfahren. Daneben konstatiert Dr. *Weber*, daß die Altendorfer Anstalt eine Reihe sehr zweckmäßiger Einrichtungen aufzuweisen habe, und daß die Betrachtung der vorgestellten Kinder selbst vielfach von hohem Interesse gewesen sei. — Anstaltsarzt Dr. *Hofmann*-Bautzen tritt diesen Ausführungen bei und weist ferner auf den ziemlich reichen Vorrat an Apparaten zu physiologischen und psychologischen Zwecken hin; für die Ermüdungsfeststellungen und dergl. werde es dem Arzte allerdings häufig an Zeit fehlen. — Regierungsassessor Dr. *Ilberg*-Dresden verweist auf eine kürzliche Aussprache der Dresdner Bürstenmacher-Kreis-(Zwangs-) Innung, die als wünschenswert bezeichnet, daß die Kinderarbeit in den staatlichen Besserungsanstalten unter denselben Beschränkungen wie in den freien Betrieben zu erfolgen habe. Er bedauert derartige Stellungnahmen; denn abgesehen von dem materiell geringfügigen Ergebnisse solcher Anstaltsbetriebe sollten ja diese gerade auch der Allgemeinheit zugute kommen (Heranbildung der Insassen zu größerer oder geringerer Erwerbfähigkeit, eventuell Entlastung der Armenverbände).

II. Regierungsassessor Dr. *Ilberg*-Dresden berichtet über den Fall der Tatiana Leontiew. Diese junge Russin hatte am 1. September 1906 in der Absicht, den früheren Minister Durnowo zu töten, im Hotel Jungfrau zu Interlaken irrtümlich den Rentier Charles Müller aus Paris erschossen. Sie wurde deshalb am 28. März 1907 vom Schwurgerichte zu Thun, nachdem die Geschworenen die Fragen auf Mord, mildernde Umstände und geminderte Zurechnungsfähigkeit bejaht hatten, zu 4 Jahren Zuchthaus unter Anrechnung von 6 Monaten Untersuchungshaft und zu

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

20 jähriger Verweisung aus dem Kanton Bern verurteilt. Referent trägt den Stoff des Prozesses vor und schildert unter dem Bemerken, daß er seine Angaben über diesen nicht auf Grund amtlicher Unterlagen, sondern im wesentlichen nach Spezialberichten der deutschen und ausländischen Tagespresse mache und deshalb für ihre Richtigkeit nicht garantieren könne, Vorleben, Familienverhältnisse, Charakter und Tatmotive der Leontiew. Zur Aufklärung dieser Punkte skizziert er auch die inneren politischen Verhältnisse Rußlands sowie die dortigen Gesellschaftsklassen und ihre Bestrebungen, insbesondere unter den letzten drei Romanows. Nach Hinzufügung der einschlagenden juristischen Gesichtspunkte kommt Dr. *Ilberg* zu dem Ergebnisse, die Fragen auf Mord und geminderte Zurechnungsfähigkeit seien mit Recht bejaht worden, diejenige auf mildernde Umstände dagegen zu verneinen gewesen. Äußerungen der Leontiew werden mitgeteilt und ihr Bild gezeigt. Bei dem sogen. error in persona werde z. B. nach Bernischem Recht, Art. 28 des dortigen Strafgesetzbuchs, Handlungsvorsatz ausdrücklich bejaht. In diesem Gesetzbuch sei auch die geminderte Zurechnungsfähigkeit vorgesehen (Art. 43); das gleiche gelte übrigens für 13 andere Kantone der Schweiz und für den Vorentwurf zum Schweizer Strafgesetzbuch. Bern kenne im Gegensatz zu Art. 17 dieses Vorentwurfs eine entsprechende Behandlung der Geminderten nicht. Ferner seien in Bern mildernde Umstände bei Mord und nicht die Todesstrafe anwendbar. Referent wendet sich noch gegen ein Exposé Justizrat *Sello*s-Berlin in Nr. 162 des Berliner Tageblattes vom 30. März 1907.

Diskussion. — Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden erklärt, daß nach seiner Meinung, wenngleich die Unterlagen ihm ebenfalls keine sichere Stellungnahme gestatteten, Tatiana Leontiew namentlich angesichts der ärztlichen Gutachten der Psychiater Dr. *Glaser* und Dr. *Good* z. Zt. ihrer Tat unter dem Druck einer alles andere Denken überwältigenden Idee stand, bei automatenhaftem Verhalten mehr denn andere in ihrer freien Willensbestimmung gehemmt und gemindert zurechnungsfähig war.

Dr. *H. Haenel*-Dresden glaubt nicht, daß die Leontiew bei ihrer Mordtat unter einer überwältigenden Idee gestanden habe; der Tötungsplan sei seines Erachtens vielmehr auf dem Boden aller möglicher Erfahrungen und Erlebnisse erwachsen, die letzte Entscheidung werde sie, zur Abwägung von Motiven und Gegenmotiven imstande, bei klarer Denkfähigkeit getroffen haben. Wahrscheinlich werde sie in den Kreisen ihrer Familie und Geselligkeit auch entgegengesetzten Einflüssen ausgesetzt gewesen sein. Er halte die Leontiew nur für ein in gewisser Hinsicht labiles Individuum. Der Kampf, den Dr. *Stegmann* vermisse, so daß dieser von einer blitz- und automatenartigen Tat der Leontiew spreche, liege weiter zurück; die Tat sei die logische Konsequenz weiteren Nachdenkens über von ihr als richtig erkannte Grundsätze und Ziele, die ihr


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nicht suggeriert worden seien; zu solchem selbständigen Nachdenken halte er das Mädchen für gescheit genug.

Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden glaubt mit Rücksicht auf die vielfach anderen ethischen Begriffe der russischen Gesellschaft nicht, daß der Leontiew Gegenmotive in dem Maße, wie es bei uns der Fall zu sein pflege, überhaupt zu Bewußtsein gekommen seien. Auch die Beeinflussung durch die Familie und dergl. werde bei uns wesentlich anders sein als in Rußland.

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Dr. *Haenel* überschätze wohl die politische Einsicht von Menschen jener Art. In Rußland werde es eine große Zahl solcher Mädchen geben, die seines Erachtens durchaus falsch erzogen seien, denen die Tendenzen revolutionärer Schriften eingeimpft, und die bei ihrer lückenhaften Bildung doch Kinder seien; sie eigneten sich sonach zu exzessiven Handlungen besonders. Bei politischen Bewegungen würden solche Personen fanatisiert, und der Einzelne sei dann bestimmt in seiner Zurechnungsfähigkeit beschränkt. Dr. *Weber* erwähnt als ähnlichen Fall Sand, den Mörder Kotzebues. Tatiana Leontiew sei der Typus des modernen russischen Mädchens, das nervös geworden sei, kein Verantwortlichkeitsgefühl und von Haus aus keinen Halt habe. Die Russen seien, wie Dr. *Weber* noch ausführt, seines Erachtens nie allein vorwärts gekommen und schwankten zwischen Revolution und Zwangsherrschaft, im wesentlichen hätten wohl nur die Deutschen in Rußland fortschrittlich gewirkt.

Anstaltsarzt Dr. *Kötscher*-Hubertusburg: Das ruhige Verhalten der Leontiew und zwar auch noch zu dem Zeitpunkte, wo sie erfuhr, daß Minister Durnowo gar nicht getötet worden sei, sondern ein völlig unbeteiligter Dritter, dürfe für eine Psychose und trotz des Milieus, in dem sich die Täterin befunden habe, gegen die Annahme sprechen, daß es sich nur um die fanatische Tat einer Normalen handele.

118. Sitzung vom 28. Juni 1907.

I. Es wird berichtet über die im Auftrage der Vereinigung erfolgte Beglückwünschung des um sie hochverdienten Herrn Geheimen Rates Dr. *Weber*- Sonnenstein zum 70. Geburtstag durch eine Abordnung, die aus Oberamtsrichter Dr. *Weltz* (Sprecher), Hofrat Dr. med. *Ganser* und Regierungsassessor Dr. *Ilberg* in Dresden bestand.

II. Sodann stellt Hofrat Dr. med. *Ganser* Kranke vor:

1. 16jährigen Knaben, der infolge Beilverletzung eines Kindes in Untersuchung kam, aber vom Gerichtsarzte für geisteskrank erklärt wurde. Seit früher Jugend degeneriert. Minderwertigkeit spricht aus seiner schon bewegten Verbrecherlaufbahn, seinem Mangel an moralischem Gefühl. Diebstahl, Betrug. Unwahrhaftig, sucht seine Schuld anderen zuzuschieben. Er hat auch frech und anmaßend sein können, seiner Schwester ins Gesicht gespieen. Mehrfach entlief er aus seiner Be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schäftigung, war auch in der Erziehungsanstalt Bräunsdorf untergebracht. Anzeichen für Rhachitis und Skrophulose. Starke Kopf- und Nervenschmerzen, schlafsüchtig und dann wieder schlaflos, Zustände des „Hindämmerns." Zeichen hysterischer Anlage lassen auch seine Angaben über zeitweilige Bewußtlosigkeit nach zu Wutausbrüchen führendem Ärger glaubhaft erscheinen. An den Händen gegen Nadelstiche unempfindlich, am linken Unterarm wechselnder Befund. Vorhandene Niederschriften des Knaben sprechen für Intelligenz, viele Gedanken und Gewandtheit im Stil. In der Anstalt zeigt er wechselndes Wesen, teils gesprächig ohne Depression, teils liegt er wie schlafend im Bett und gibt schwer Antworten. Die Frage nach der Erinnerung an jene Verletzung des Kindes beantwortet er nicht genau; hierbei ist auch möglich, daß die Erinnerung erst später völlig geschwunden ist. Dr. *Ganser* häft den moralisch schwachen Knaben, der die Tat in pathologischem Affekt verübt habe, für geisteskrank.

Geheimer Rat Dr. *Weber*-Sonnenstein tritt dieser Auffassung bei und bemerkt noch, daß Erinnerungsschwäche zuweilen auch dissimuliert werde, z. B. um nicht epileptisch zu erscheinen. — Landrichter *Stoß*-Dresden hält die dauernde Unterbringung solcher Personen für geboten.

2. Hysterischer Dämmerzustand. Als Kind immer schwächlich. Unmotivierte, gefährliche kriminelle Handlungen. Entweichungen. Angstzustände, Selbstmordversuch.

119. Sitzung vom 14. November 1907.

Dr. *Kötscher*-Hubertusburg: Simulation aber Geistesstörung.

Der Vortragende schildert eingehend die psychopathische Persönlichkeit eines Mannes M., der schon durch zahlreiche Betrügereien der Justiz viel zu schaffen gemacht hat, und der sich zuletzt wegen Meineids in Untersuchungshaft befand. Dieser Mann machte dabei dem Untersuchungsrichter große Schwierigkeiten, indem er mit seinen Geständnissen und deren Widerrufen ständig wechselte und endlich, als sein Überführtwerden fast unzweifelhaft war, mit einem großen, in vielem gemacht erscheinenden Wahnsystem von einem Judenkönigtum, zu dem er berufen sei, herausrückte. Er wurde zur sechswöchigen Beobachtung auf seinen Geisteszustand nach der Kgl. Landesanstalt Hubertusburg gebracht. In der Anstalt nahm nun die Äußerung einer Geistesstörung ganz beträchtlich zu, und es wurde festgestellt aus der genauen Anamnese, den Akten und der irrenärztlichen Beobachtung, daß es sich um einen von Haus aus degenerierten, rhachitischen, leicht imbezillen, in ungünstigem Milieu aufgewachsenen Menschen handelt, der schon in der Pubertät mit allerhand nervösen Beschwerden geplagt war, darunter anscheinend auch mit epileptischen Absencen, der in Schule und Leben nie vorwärts kam, ständigen Stimmungsschwankungen — meist nach der depressiven Seite hin — unterlag bis zu Weinanfällen und Selbstmordversuch, der, urteilschwach


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und in seinem Denken außerordentlich leicht erschöpfbar, bei längerer Exploration Logik und Klarheit verliert, dadurch in Affekt und Angst gerät und sich in allerhand Konfabulationen verheddert und hineinsuggeriert, die dann den Eindruck des Theatralischen und Simulierten machen. Erhöhte Suggestibilität, auch Autosuggestibilität, ist aber gerade ein Hauptsymptom der Hysterie.

Diese Hysterie wurde noch deutlicher durch körperliche Stigmata, wie Analgesie, heftige Ovarie und stark gesteigerte Sehnenreflexerregbarkeit. Trotz dieses wohl sicher angeborenen psychopathischen Charakters mußte der Mann nach heutigem Recht für alle seine Straftaten — daß er betrogen, falsche Aussagen gemacht und Meineide geschworen — als verantwortlich bezeichnet werden, denn an den betreffenden Tagen stand er noch nicht unter dem Einfluß eines Zustandes, den das Gesetz mit Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit bezeichnet. Dennoch war schon immer seine Zurechnungsfähigkeit gegenüber der eines normalen Menschen herabgesetzt, ein Zustand, den man sich technisch als „verminderte Zurechnungsfähigkeit" zu bezeichnen gewöhnt hat. Die Sache kompliziert sich aber dadurch in interessanter Weise, daß der Mann zu Zeiten mehr bot; auf der Grundlage seiner psychopathischen Persönlichkeit erkrankte er geistig nämlich wirklich schwer und zwar charakteristischerweise besonders dann, wenn ein psychisches Trauma, eine psychische Verletzung sein Seelenleben noch besonders aus dem Gleichgewicht brachte — wenn die Angst ihn packte! In der einsamen Zelle im Zwickauer Gefängnis, in der Isolierzelle während der letzten Untersuchungshaft, vor dem Richter, der alle seine lügenhaften Gewebe auftrennt, und besonders im Einzelzimmer der unheimlichen Irrenanstalt packt den von Zukunftssorgen bedrängten und sich jederzeit beobachtet fühlenden Mann der Angstaffekt, und in der Angst gebiert sein nervenschwaches Hirn echte Halluzinationen, hört er Stimmen von solchen, die ihn vernichten wollen, und die ihn zu vergiften trachten, hört er, daß man ihm den Hals umdrehen und verkehrt in eine Kiste packen will u. a., dabei zittert er, sein Puls fliegt, und er ist in Schweiß gebadet. Da handelt es sich denn um eine echte Angstpsychose auf degenerativ hysterischer Basis. Eine solche machte er auch in der Anstalt Hubertusburg durch, und als er sich beruhigt hatte, zeigte es sich, daß er Bruchstücke seiner krankhaften Erfahrung in sein relativ ruhiges psychisches Leben mit hinübernahm, wodurch es nahe gelegt wurde, daß eine chronische Psychose sich zu entwickeln droht, eine echte paranoische Symptomengruppe von Verfolgungs- und Größenwahn, wie sie bei Hysterischen und Hysteroepileptikern besonders auf religiösem und erotischem Gebiet sich nicht so selten festsetzt. Noch zur Zeit der Abholung aus der Anstalt stand er unter dem Einfluß von Gehörs- und Gefühlstäuschungen und blieb dabei, die Ärzte riefen solches hervor, um ihn zu prüfen, ferner hielt er daran fest, daß alle Richter ihn ungerecht verfolgten, ihn schikanierten, falsch protokollierten, radierten


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

usw. und endlich, daß Gott ihn durch bestimmte Zeichen auserwählt habe für künftige größere Aufgaben. Als der Sachverständige den Mann später noch einmal im Untersuchungsgefängnis besuchte, blühte nach anfänglicher Weigerung, überhaupt etwas auszusagen, plötzlich unter großer Affektbetonung sein Wahn wieder auf, besonders hob er hervor, daß auch im Gefängnis wieder allerhand Spione seien, er höre deutlich ihre Stimmen und verbitte sich dieses „Logensystem“. Das ganze Gebahren des Gefangenen hat dem Arzt die Überzeugung gegeben, daß dieser Mann seine Geistesstörung nicht nur nicht simuliert, sondern sogar dabei dissimuliert. Er hat die allergrößte Angst davor, wieder in eine Irrenanstalt zu kommen. Daß er manches dabei vor dem Richter, wie er es ja auch zugestanden, im Affekt und Ärger übertrieben, ja simuliert hat, soll deswegen nicht von der Hand gewiesen werden. Simulation und Geistesstörung schließen sich ja nicht aus. Erstere ist sogar häufig, und so auch hier, ein Symptom der letzteren, oder wenigstens der degenerativen Grundlage. Nicht einmal das Geständnis der Simulation schließt Geistesstörung aus. In jedem Falle müßte erst der Nachweis der geistigen Gesundheit des Individuums erbracht sein. Im vorliegenden Falle war der Mann zur Zeit der letzten Untersuchung noch krank und nicht zurechnungsfähig. Seine Sinnestäuschungen und Wahnideen, besonders auch die einer ungerechtfertigten gehässigen Verfolgung durch die Gerichte — nicht etwa wegen seiner Vergehen, sondern wegen seiner religiösen Ansichten und Betätigungen (er will eine neue Kirche ähnlich der der Mormonen gründen) — beherrschte ihn noch völlig. Infolgedessen können auch seine Angaben und Anträge nicht als Äußerungen eines mit gesunder Vernunft handelnden Menschen angesehen werden. Seine Vernehmung, die nur krause, unlogische Widersprüche zutage bringt, dürfte also juristisch wertlos sein und seine Aburteilung zurzeit nicht möglich. Die Prognose ist bei ihm sehr unsicher. Nicht ganz ausgeschlossen ist, daß, wenn das psychische Trauma der Untersuchungshaft und der Beobachtung von ihm genommen ist, seine Psychose mehr oder weniger schwinden wird. Seine hysterische oder hysteroepileptische Minderwertigkeit wird aber immer dieselbe bleiben. Diese Minderwertigkeit ist es aber besonders, die ihn stets der Gesellschaft nachteilig, ja gefährlich machen wird. Er ist allerdings mehr nur ein schädlicher Parasit als ein irrer Verbrecher. An Leib und Leben dürfte er auch ferner niemandem Schaden zufügen, wohl aber an Ehre und Vermögen. Zweifellos gehört er, solange Sinnestäuschungen und Wahnideen bestehen, in eine Irrenanstalt und nicht ins Zuchthaus. Was aber, wenn diese Krankheitssymptome dort abheilen sollten? Ins Gefängnis zurückgebracht, dürfte, gerade wenn es sich nur um eine Gefängnispsychose handeln sollte, besonders in Einzelhaft, seine Geistesstörung alsbald wieder ausbrechen. Es wird also die leidige Fitschelmühle zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt entstehen; eine Tatsache, die uns wieder so recht vor Augen führt, daß uns für derartige Leute noch die einzig rationelle Anstalt


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fehlt, eine Anstalt, die Hospital, Sicherungsort und professionelle Werkstätten in sich vereinigen müßte. Zum Schlusse möchte aber der Sachverständige nochmals mit *Aschaffenburg* vor einer nur zu unglückseligen Simulationsriecherei der Laien warnen, wie sie ihm auch wieder bei Gelegenheit dieses Falles deutlich vor Augen getreten ist.

Hieran schloß sich eine lebhafte Diskussion.

120. Sitzung vom 11. Dezember 1907.

Dr. *Hans Haenel*: Die psychologische Diagnose des Tatbestandes.

Die moderne Psychologie lehrt, daß keine Äußerung unserer Seelentätigkeit, kein Wort, das wir sprechen, keine Bewegung, die wir ausführen, dem Zufall überlassen ist; keine entspringt der Willkür, sondern jede folgt bestimmten Gesetzen. Ja, was uns als Willkür erscheint, ist nicht das Ergebnis freier Entschließung, sondern ebenfalls die Folge aus gewissen Vorbedingungen und Voraussetzungen. Sehr einleuchtend lehrt dies z. B. der sogenannte Assoziationsversuch. Er ist im Grunde weiter nichts als die Übertragung eines lange bekannten Gesellschaftspieles in das psychologische Laboratorium: ich rufe einem Mitspieler im Kreise ein beliebiges Wort zu, dieser hat mit dem ersten ihm darauf einfallenden Worte so rasch als möglich zu antworten, wobei oft die belustigendsten und bezeichnendsten Zusammenhänge zum Vorschein kommen. „Die bezeichnendsten" da steckt schon etwas Bemerkenswertes: auch wenn die Wahl der Antwort-Worte völlig freigestellt ist, so werden sie auf dasselbe Reizwort doch bei einem Landwirt fraglos anders lauten als bei einem Techniker, und bei diesem wieder anders als bei einem Kaufmann. Die die Antwort bestimmenden Faktoren sind bei jedem etwas andere und beeinflussen, ohne daß er es will und weiß, seine scheinbar freie Wahl. Wird, wie es das Spiel — oder das Experiment — verlangt, nicht „gewählt", sondern wirklich die erste sich darbietende Vorstellung sofort ausgesprochen, so wird der Einfluß dieser unwillkürlichen, in der Organisation, Stimmung, Bildung, dem Kenntnisschatze usw. der Versuchsperson gelegenen Faktoren noch deutlicher zum Vorschein kommen. — In der Psychologie ist dieser Versuch nun systematisch ausgebildet worden: jedes solche Wortpaar, bestehend aus Reizwort und Reaktion, wird eine Assoziation genannt. Man hat solche Assoziationen bei vielen Personen unter den verschiedensten Bedingungen in zahlreichen Wiederholungen ausgeführt und ihre Eigenschaften dabei studiert. Es hat sich bei der Häufung der Versuche immer klarer herausgestellt, wie die scheinbar unbegrenzte Möglichkeit der Antwortreaktionen doch beschränkenden Regeln unterliegt. Der ermüdete Mensch zeitigt andere Reaktionen als der erholte; man kann bei ihm u. a. durchgängig eine Zunahme der „Klangassoziationen" beobachten, der Mensch nach Alkoholgenuß reagiert anders als der, der Kaffee getrunken oder der ein Schlafmittel eingenommen hat; der von einer Geisteskrankheit


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Genesende anders als der Maniakus auf dem Höhepunkte der Erregung oder als der Fiebernde. Außer der Art der Reaktion hat man weiter andere Eigenschaften derselben betrachtet, man hat mit genauen Zeitmessungsapparaten die Dauer, die zwischen dem Ertönen des Reizwortes und dem Aussprechen der Reaktion verstreicht, bestimmt, ihre Erinnerungsfestigkeit, das Auftreten von Wiederholungen, die Nachwirkung von Reizworten u. a. m. untersucht, und aus all diesem eine, wenn auch noch beschränkte Zahl von Gesetzen, nach denen die Assoziationen ablaufen, ableiten können.

Die Vorstellungen wirbeln im Wachzustande nicht regellos in unserem Kopfe durcheinander, sondern reihen sich und gruppieren sich nach inhaltlichen Zusammengehörigkeiten. Sehr eng ist dieser Zusammenschluß, wenn die Gruppe nicht nur durch den Inhalt, sondern auch durch einen mehr oder weniger stark klingenden Gefühlston bezeichnet ist. Eine der Versuchspersonen *Jung*s reagierte z. B. folgendermaßen: Zeit — „jetzt nicht", reif — „bin ich dazu", Tränen — „hat sie jetzt", Treue — „hab ich nicht gehalten", wählen — „eine andere", Sohn — „Vater und Sohn", einmal — „und nimmer wieder", Wunder — „müßte geschehen", fremd — „ja, ist sie jetzt", und so fort. Der junge Mann, der unter dem frischen Eindrucke seiner unfreiwillig gelösten Verlobung stand, hatte in dem Experiment die Geschichte dieser seiner unglücklichen Liebe verraten. Eine solche Reminiszenz, aus vielen Einzelvorstellungen zusammengesetzt und durch einen Gefühlston verkittet, hat man in diesem Zusammenhange als Vorstellungskomplex oder kurz als Komplex bezeichnet. Aus diesem bezieht die Versuchsperson einen Teil ihrer Reaktionen. Jeder Mensch birgt in sich solche Komplexe; die Frage ist jetzt: Kann man die aus einem bestimmten Komplexe herrührenden Reaktionen als solche erkennen unabhängig von dem Willen der Versuchsperson oder selbst gegen ihren Willen?

Drei Eigenschaften hat man an den aus dem Komplex stammenden Reaktionen vor allem erkannt: erstens ihren ungewöhnlichen Inhalt, der direkt auf bestimmte Vorgänge in der Seele des Befragten hinweist: Jener junge Liebhaber hatte damals keinen Anlaß, seine Gedanken zu verhehlen. Wie aber, wenn der Befragte ein Interesse daran hat, sich nicht zu verraten? Dieser Fall wird in der Praxis ohne Frage der häufigere sein. Da gibt als zweiter Punkt die Messung der Reaktionszeiten einen wichtigen Anhaltspunkt. Bei harmlosen Reizworten spricht der Befragte, wie es der Versuch verlangt, rasch das erste ihm einfallende Wort aus. Bei verdächtigen überlegt er sich unwillkürlich einen Moment die Antwort, prüft dieselbe, verwirft sie eventuell und ersetzt sie durch eine andere, ihm gleichgültiger oder sonstwie passender erscheinende. Die Komplexreaktionen verraten sich somit außer durch ihren Inhalt durch auffallend lange, die durchschnittliche Reaktionszeit des Versuchs übertreffende Zeiten. Und zwar sei dabei gleich eine sonderbare Tatsache erwähnt, die freilich den Psychologen nicht allzusehr überraschen kann:



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieses unwillkürliche Zögern kann auch auftreten, wenn die Person im Augenblicke der Reaktion keine Ahnung von der Erweckung eines Komplexes hat, es zeigt sich gewissermaßen reflektorisch. Ein dritter Fallstrick wird dadurch gelegt, daß man nach kürzerer oder längerer Zeit die ganze Reihe der Reizworte der Versuchsperson noch einmal vorsagt und sie auffordert, möglichst dieselben Antworten wie das erste Mal zu wiederholen. Man sollte meinen, am wenigsten hätten sich die unwillkürlich und unüberlegt rasch gegebenen Antworten eingeprägt, am festesten die aus einer, wenn auch noch so kurzen Überlegung entstandenen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß gerade das Umgekehrte der Fall ist: Die Erinnerungslücken und fehlerhaften Reproduktionen stellen sich mit großer Regelmäßigkeit an den aus dem Komplexe stammenden Antworten ein.

Also wir haben gesehen, daß der moderne Inquisitor bei einer Reihe beliebig gewählter Reizworte auf diejenigen, die für den Befragten „kritisch" sind, abgesehen von ihrem Inhalte, dadurch aufmerksam gemacht wird, daß diese besonders lange Reaktionszeiten aufweisen und bei Reproduktion der Reihe an ihnen die Erinnerungslücken sich finden. Hat er noch einige Besonderheiten des Versuchs kennen gelernt, z. B. daß die Komplexreaktionen gelegentlich erst um eine Antwort verspätet auftreten, daß die Verlängerung der Zeiten sich nachwirkend noch über mehrere Reaktionen erstrecken kann, und einiges andere dieser Art, so kann er sich daran machen, einmal einen Experimentaldelinquenten zu entlarven. Prof. *Löffler* in Wien machte z. B. folgenden Versuch: er forderte die Studenten seines Kollegs auf, daß einer aus ihrer Mitte ihm einen anonymen kränkenden Brief schreiben sollte. Er stellte sich darauf eine Reihe von 80 bis 90 Reizworten zusammen, in die er zwischen indifferenten Worten geschickt und möglichst unauffällig solche einstreute, die aus dem Inhalt des Briefes genommen waren oder zu diesem in Beziehung standen — „Komplexworte" —; nun ließ er sich drei seiner Studenten, unter denen sich der anonyme Briefschreiber befinden sollte, kommen und legte jedem jene Wortreihe vor. Die Studenten kannten den Sinn und das Wesen des Versuchs, der Schreiber wehrte sich natürlich mit Aufgebot aller seiner Schlauheit dagegen, sich zu verraten, suchte alle die ihm wohlbekannten Fallen des Versuchs zu vermeiden. Trotzdem verriet er sich in so charakteristischer Weise, daß der Professor ihn sofort und ohne Mühe unter den Dreien als den „Übeltäter" herausfand; die Antworten der beiden anderen, denen der Inhalt des Briefes unbekannt war, glitten an den „Komplexworten" ebenso harmlos vorbei wie an den anderen, den „Füllworten".

Noch ein Beispiel, das schon aus dem Gebiete der Spielerei oder des Experiments in die Praxis führt: In einer guten Familie entdeckt der Vater, daß ihm aus seinem Schreibtisch mehrmals Geld gestohlen wird; er hat seinen 18 jährigen Sohn im Verdacht, läßt sich aber nichts merken, sondern bespricht die Sache mit einem befreundeten Nervenarzt. Dieser bestellt sich den Sohn unter dem Vorwande einer notwendigen ärztlichen


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchung, und stellt im Laufe derselben einen längeren Assoziationsversuch mit ihm an, dem sich der Junge auch gänzlich harmlos unterzieht. Die ersten alltäglichen Worte rufen ebenso alltägliche Assoziationen hervor, die im Durchschnitt 1,6 Sekunden dauern. Dann folgt dem Worte „Dieb" die an sich unauffällige Antwort „Räuber", die aber seltsamerweise 4,6 Sekunden auf sich warten läßt. Es folgen wieder gewöhnliche Assoziationen mit gewöhnlichen Zeiten, dazwischen brauchen aber Reaktionen wie: Polizei — „Diebstahl", Schreibtisch — „Geld" das Drei- bis Vierfache der normalen Zeit. Auf Schlüssel folgt zwar in 1,6 Sekunden das inhaltlich vielleicht schon verdächtige „Nachschlüssel". Die folgende ganz einfache Verbindung: dumm — „gescheit" braucht aber 3 Sekunden: der in der vorherigen Antwort geweckte Affekt wirkt noch auf die folgende im bekannten Sinne der Verzögerung nach. Und so fort. Bei der nach kurzer Unterbrechung folgenden Wiederholung der ganzen Reihe wird die Antwort an den vorher verdächtigen Stellen jetzt größtenteils geändert: Verdrängungserscheinung! Zum Schlusse des Versuchs ist der „Patient" nicht wenig erschrocken, als der Arzt ihm auf den Kopf zusagt, daß er seinem Vater Geld gestohlen hat, und ihm sogar genau angibt, wie er dabei vorgegangen ist und was er mit dem Gelde angefangen hat. Der Junge gesteht und kann vor Polizei und Gefängnis noch bewahrt werden.

Wie steht es nun mit der Anwendung des Verfahrens im Ernstfalle? Haben wir wirklich im psychologischen Experiment die „Untersuchungsmethode der Zukunft" vor uns, wie sie von diesem und jenem begeisterten Forscher schon bezeichnet worden ist? Oder sollen wir es mit *Kraus* und anderen, mehr skeptischen Beobachtern überhaupt und auch jetzt noch für ein aussichtloses Unternehmen halten, über „die unermeßlich verschlungenen Pfade der Assoziationen" ein Urteil zu fällen? Die Bedenken, die gegen die Methode vor Gericht erhoben worden sind, sind allerdings nicht zu unterschätzen. Es seien davon nur einige hervorgehoben. Das Gelingen des Versuchs beruht darauf, daß der „Komplex", das heißt die Straftat und die damit zusammenhängenden Umstände, die Zeit, Örtlichkeit usw. dem Schuldigen bekannt sind, dem Unschuldigen nicht. In der Praxis muß indessen auch dem Unschuldigen der Sachverhalt mitgeteilt werden, wenigstens in groben Umrissen, sonst ist ein Verhör schwer denkbar; der Fall, daß jemand verhört wird, ohne zu wissen, warum es sich handelt, dürfte überhaupt nicht vorkommen. Nun wird aber im Assoziationsversuch der Affekt beim Unschuldigen ebenso geweckt werden, wie beim Schuldigen, sobald ein „kritisches" Reizwort kommt; und wenn der Schuldige mit belastenden Komplexmerkmalen reagiert in dem Bestreben, sich nicht zu verraten, könnte der Unschuldige leicht zu einer gleichen Reaktionsweise kommen aus Furcht, sich zu belasten. Es wird außerordentlich viel, ja vielleicht alles von der geschickten Zusammenstellung der Reizwortreihe abhängen, und das ist der zweite schwierige Punkt; nicht jeder verfügt über das Raffinement, die psychologische Feinfühligkeit


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Erfahrung wie die sechs oder acht Gelehrten, die sich bisher theoretisch und praktisch lange mit der Methode abgegeben haben; und in ungeschickten Händen, bei grober Ausführung oder willkürlicher Deutung kann sie leicht mehr Unheil als Gewinn bringen. Von juristischer Seite ist weiter der Einwand geltend gemacht worden, daß es sich mit der modernen humanen Strafrechtpflege nicht vereinigen lasse, wenn man einen Beschuldigten durch Reizworte einkreise, durch raffinierte Reaktionsnötigungen einfange und so selbst gegen seinen Willen zum Selbstverrat zwinge; es sei das ein Verfahren, das eine scharf hervortretende Verwandtschaft mit der vor 1½ Jahrhunderten abgeschafften Tortur habe. Dem kann allerdings entgegengehalten werden, daß der Beschuldigte ja nicht gezwungen werden kann, im Experiment zu antworten; er kann auch seine Antworten absichtlich so einrichten, daß der ganze Versuch unverwertbar wird, indem er z. B. auf jedes Reizwort prinzipiell mit einem nichtssagenden Adjektivum: groß, schön, klein und ähnlichem oder mit seinem Gegenteil (Wasser — Land, gesund — krank und ähnlichem) reagiert. Die Voraussetzung muß natürlich gegeben sein, daß sich der zu Befragende der Untersuchungsmethode überhaupt unterwirft; die Auskunft zu verweigern, steht ihm ja im regelrechten Verhöre ebenfalls frei. Reagiert er aber überhaupt auf den Versuch, dann ist nicht einzusehen, weshalb der Richter oder der Untersucher aus diesem Material nicht ebenso Schlüsse ziehen soll wie aus einem plötzlichen Erbleichen, einem Stottern, einem Tränenausbruch, womit sich ein Beschuldigter in ordnungmäßiger Verhandlung oft genug schon gegen seinen Willen verraten, zum mindesten belastet hat. — Ein schwerer wiegender Einwand dürfte der sein, der sich auf die „Interferenz der Komplexe" gründet: jeder Mensch hat irgendwelche Komplexe in sich, die unter Umständen zufällig einmal mit denjenigen des gesuchten Tatbestandes gleich sein und dann zu schwerer Täuschung Anlaß geben können.

Auf alle Bedenken einzugehen, ist hier nicht der Ort; erwähnt sei aber, was die Befürworter der neuen Methode stets hervorgehoben haben, daß sie vorläufig wohl ihr Hauptgebiet der Anwendung zur Entlastung unschuldig Verhafteter oder zu Unrecht Beschuldigter finden wird, erst in zweiter Linie zur Überführung eines Schuldigen. Reagiert eine Person auf eine mit Komplexworten, die aus einem bestimmten Tatbestand entnommen sind, durchsetzte Wortreihe vollkommen harmlos und unverdächtig nach allen Richtungen hin, so kann man mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit ihn für unschuldig erklären.

Über die Anzeigen, den Wert, die Grenzen usw. ihrer Verwendbarkeit für die Praxis der Rechtsprechung wird es noch manche Diskussion zwischen Juristen und Psychologen geben. Das psychologische Experiment erhebt nicht den Anspruch, das Verhör verdrängen oder ersetzen zu wollen, und wird das auch nimmermehr tun, selbst wenn es zu noch erheblich größerer Vollkommenheit und Zuverlässigkeit ausgebildet sein wird. Aber als


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine neue Waffe zur Überwindung von Lüge und Heuchelei, als ein neuer Weg zur Findung der Wahrheit, der vielleicht in manchen Fällen noch gangbar ist, wenn alle anderen versperrt oder irreführend erscheinen, bietet sich das Assoziations-Experiment dem Richter an; bei ihm wird es stehen, ob er denselben beschreiten, ob er der Waffe sich bedienen will.

Diskussion. — Hofrat Dr. med. *Ganser* hält die psychologische Analyse nach *Freud* für eine Bereicherung unserer Kenntnisse. Die Methode bedürfe aber weiterer Ausbildung, da sie sicher noch viel Fehlerquellen in sich berge. Gegen die Anwendung der Methode im Strafverfahren müsse er erstens den Einwand erheben, daß die Methode eine inquisitorische sei. Sie bedeute also, wenn sie eingeführt werde, einen Kulturrückschritt. Zweitens sei sie bei wenig gebildeten Leuten, die über wenig Assoziationen verfügen, und denen die Methode schwer begreiflich zu machen sei, unbrauchbar. Drittens sei zu betonen, daß die Methode auch für Laienrichter unverständlich und deshalb unverwendbar sei. Endlich bestehe der Einwand, daß jemand in seinen Vorstellungskomplexen eine weit zurückliegende, der inkriminierten ähnliche Tat oder die eines nahen Verwandten, die dem Untersuchungsrichter nicht bekannt ist, habe und darauf reagiere.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker* schließt sich dem an. Die Methode sei für das heutige Strafverfahren unannehmbar. Sie sei als Rückschritt zu betrachten. Auch dem Geständnis, das durch die Methode erreicht werde, sei nur wenig Beweiskraft beizumessen. Ferner wären auch solche Untersuchungen vor einem kollegial zusammengesetzten Gerichtshof unmöglich. Die Versuche mögen viel Richtiges enthalten, sind aber praktisch gar nicht verwendbar, und man könne auf sie ebensowenig Wert legen, wie man heute wohl auf Schriftvergleichung Wert lege, die noch viel bestimmtere Anhaltspunkte böte.

Oberamtsrichter Dr. *Weltz* glaubt den Experimenten, die für Kriminalisten sehr interessant seien, eine gewisse Zukunft nicht absprechen zu können. Doch seien sie zurzeit nicht zu verwenden.

Gerichtsarzt Dr. *Oppe* hält die Methode besonders für zu Unrecht vernommene oder verhaftete Personen gefährlich.

Anstaltsarzt Dr. *Kötscher* hält die Methode deshalb für unbrauchbar, da die Psychologie des Unschuldigen und des Schuldigen ganz verschiedene und unvergleichbare seien.

Landgerichtsrat Dr. *Ginsberg* hält die Untersuchungen zur Feststellung des Tatbestandes ebenfalls nicht für praktisch. Er fragt, ob nicht ein Experiment vorgeführt werden könnte.

Dr. *Haenel*: Wenn man anerkenne, daß das Verfahren ein inquisitorisches sei, so stehe und falle dasselbe damit. Aber es könne doch immer zu Feststellungen verwandt werden. Der angegebene Weg, den Angeschuldigten ohne Angabe des Grundes zu vernehmen, sei nach dem Gehörten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl ungangbar. Die Gefahr, daß komplizierte Komplexe auf eine falsche Bahn lenkten, sei nicht groß. Die Methode in der Kriminalistik zu verwenden, sei gewissermaßen ein Nebengeleis, die Hauptentwicklung liege nicht nach dieser Richtung.

121. Sitzung vom 10. Januar 1908.

Herr Prof. Dr. *Aschaffenburg* aus Köln a. Rh. als Gast: „Die pathologischen Schwindler".

Vortragender geht von dem bekannten und kriminalistisch durch das Milieu des Schwindelns interessanten Falle aus, der den Herausgeber der Zeitschrift für Kriminal-Anthropologie betraf. 1½ Jahre lang wurde diese Zeitschrift unter Mitwirkung der hervorragendsten Fachleute unter den Juristen und Medizinern in geradezu glänzender Weise redigiert. 1½ Jahre verfaßte der Herausgeber, der sich als Dr. med. et. phil. bezeichnete, sehr gewandte Besprechungen, als er plötzlich wegen Hochstapelei verhaftet wurde und sich nun herausstellte, daß der vielseitige Gelehrte seine Kenntnisse sich praktisch als Insasse von in- und ausländischen Strafanstalten erworben hatte.

Im Anschluß an diesen Fall zählt der Vortragende ähnliche Fälle auf. die er selbst beobachtet hat und in denen immer wieder die Tatsache überrascht, daß es den Hochstaplern so leicht gelingt, ihre Umgebung zu täuschen. Um einen Einblick in diese ganz verwickelten Verhältnisse zu gewinnen, muß man von den Gründen ausgehen, die die einzelnen Handlungen veranlassen.

Meist handelt es sich um Schwindeleien, die dem Betrüger pekuniäre Vorteile bringen. Dazu gehören auch diejenigen Fälle, in denen der Vorteil, den der Betrüger zu erringen sucht, in der Befriedigung seiner Eitelkeit liegt, die sich darin gefällt, mit tönenden Namen und hochtrabenden Titeln zu prunken, sich in der Rolle eines gesellschaftlich Hochstehenden zu gefallen. Daneben begegnet es uns aber nicht selten, daß die Schwindeleien ganz zwecklos sind, so z. B. wenn jemand Reisegeld erschwindelt und das Geld nur dazu benutzt, um bis zu einem anderen Orte zu fahren, wo er sich dann wieder von neuem Reisegeld zu der Fahrt nach einem dritten Orte erschwindelt.

Ab und zu dürfte das bloße Verlangen nach Sensation die Triebfeder der Handlungen sein, beispielsweise, wenn jemand, wie Vortragender erlebt hat, den Angehörigen von 2 Seiten aus die Nachricht von seinem eigenen Tode telegraphieren läßt und dann an die Bahn geht, um seine zur Beerdigung kommenden Verwandten abzuholen.

An den überraschenden Erfolgen der Hochstapler trägt das Publikum nicht wenig Mitschuld, weil es sich durch das sichere Auftreten der Hochstapler, mehr noch aber durch den Respekt vor Titeln, großspurigem Auftreten (Automobil) und Ähnlichem imponieren läßt und kritiklos auf derartige augenblendende Täuschungen hereinfällt. Der zweite und ernstere


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grund liegt in dem Auftreten der Schwindler selbst, das nicht nur den Anschein von Wahrhaftigkeit hat. Zum Verständnis dieser Erscheinung geht Vortragender auf einige Erlebnisse ein, aus denen ohne weiteres zu erkennen ist, daß die pathologischen Schwindler sich so in ihre Rolle hineinleben, daß sie schließlich selbst nicht mehr wissen, ob das, was sie erzählen, wahr ist oder nicht.

Ein junger Mann aus guten Kreisen dachte sich so in den Tod seiner Mutter hinein, daß er in Trauerkleidung und mit einem Kranze in der Hand zur Beerdigung der Mutter nach Hause fuhr. Ein anderer war in einen Streit mit einem Freunde geraten. Er malte sich dann ein Duell mit seinem Gegner aus, in dem dieser erschossen wurde, und benachrichtigte den Vater des betreffenden Herrn von dem unglücklichen Ausgang des Duells. Einen Strafgefangenen fand ich in seiner Zelle damit beschäftigt, den Plan eines englischen Parks zu entwerfen. Er gestand, daß er sich im Geiste schon die Rede präpariert hätte, mit der er seine Gäste bei dem ersten Jagddiner zu begrüßen vorhabe.

Die Kranken werden eben so von ihrer phantastischen Erfindung überwältigt, ihre Phantasie geht so mit ihnen durch, daß sie schließlich keine Komödie mehr spielen, sondern Wirklichkeit zu erleben glauben. Und das gibt ihrem Denken und Handeln die Überzeugungskraft; weil sie selbst an sich glauben, glauben auch andere Leute an sie.

Vortragender geht dann weiter darauf ein, daß die von ihm geschilderten Menschen zum Teil der Krankheitsgruppe angehören, die Delbrück als Pseudologia phantastica beschrieben hat. Unter diesem Namen birgt sich indessen nach der Anschauung des Vortragenden keine eigene Krankheitsform, sondern nur eine Krankheitserscheinung. Die an Pseudologia phantastica leidenden Kranken zeigen ein inniges Gemisch bewußter Lüge und unbewußten Erfindens, eine Freude am Phantasieren, bei der schließlich das Phantasieren Selbstzweck wird und sich unabhängig von dem erstrebten Erfolge weiter entwickelt. Die Kranken lügen aktiv; aber infolge ihrer starken Autosuggestibilität mit schnellem Überschreiten der Grenze, bis an die das Erfinden absichtlich und zielbewußt vor sich geht. Vielfach findet sich auch eine mangelnde Reproduktionstreue. In manchen Fällen mögen wohl hier auch Bewußtseinstrübungen leichterer oder schwererer Art hineinspielen und die Zuverlässigkeit des Gedächtnisses herabsetzen. Nicht alle an Pseudologia phantastica Leidenden sind intelligent, aber fast alle haben eine überraschend ausgeprägte Begabung, sich jeder Situation anzupassen, und sind verblüffend schlagfertig. Vortragender glaubt, daß einer nicht unwichtigen Nebenerscheinung bisher zu wenig Wert beigelegt worden ist, der Eitelkeit. Durchweg findet sich eine Freude, wohlklingende Titel zu führen — auch da, wo der Titel nicht den Zweck haben soll, Vorteile zu erringen — Uniformen zu tragen, protzig aufzutreten, und besonders stark die Neigung, Oberkellnern, Portiers, Droschkenkutschern, Dienstmännern usw. zu impo-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nieren. Die Freude an der Sensation, die wohl kaum in einem Falle fehlt, führt oft zu ganz verblüffend dummen Handlungen, die geradezu eine Entdeckung provozieren müssen.

Der größte Teil der vom Vortragenden beobachteten Fälle ließ sich ohne Schwierigkeit und ohne Zwang in das Bild der Hysterie einreihen. Nicht alle. Einigemale waren es Epileptiker; auch Manisch-depressive scheinen in Anfällen der Manie das Krankheitsbild der Pseudologia phantastica bieten zu können.

In den ausgeprägten Fällen haben wir es mit Menschen zu tun, deren Veranlagung wenig Hoffnung gewährt, durch die Mittel unseres Strafrechts beeinflußt zu werden. Sie sind fast alle unverbesserlich, und doch würde bei unserer heutigen Gesetzgebung der Psychiater der bestehenden Auffassung Zwang antun, wollte er diese Schwindler als unzurechnungsfähig im Sinne von § 51 erklären. Nur da, wo sich die Schwindelneigung als Erscheinung einer ausgeprägten Geisteskrankheit, also z. B. in einem Anfall von manisch-depressivem Irresein, findet, oder da, wo die hysterische Veranlagung einen ungewöhnlich hohen Grad erreicht, sind wir zur Anwendung des § 51 berechtigt. In allen anderen Fällen müssen wir uns mit dem Hinweise auf die abnorme Veranlagung begnügen.

Für diese Auffassung des pathologischen Schwindelns bestimmend sind für den Vortragenden die fließenden Übergänge gegenüber den Erscheinungen des täglichen Lebens. Wir finden dieselbe Erscheinung z. B. bei den Aufschneidereien der Hochtouristen und Weltreisenden, im Jägerlatein, in den Lügen der Kinder. Zahlreiche literarische Erzeugnisse (Münchhausen, Revisor, Tartarin von Tarascon, Peer Gynt, Gottfried Kellers Schilderungen im grünen Heinrich, Goethe in Wahrheit und Dichtung, Hebbels Gedicht: Der Landstreicher) beschäftigen sich mit dieser interessanten Erscheinung. So überraschend es klingt, so läßt sich doch nicht leugnen, daß zwischen den Phantasien des Dichters und des Hochstaplers eine nahe Verwandtschaft besteht, deren gemeinsame Wurzel die Lebendigkeit der auftauchenden Vorstellung ist.

Wie stets in der Natur finden sich also zwischen physiologischen und pathologischen Erscheinungen fließende Übergänge. Wer den ganzen Ernst und die ganze Bedeutung der pathologischen Erscheinung richtig erfassen und würdigen will, muß die normale Erscheinung mit in den Bereich seiner Beobachtung ziehen. Nur so wird es möglich sein, die Hochstapler ganz zu verstehen und, was in jungen Jahren nicht ganz aussichtlos erscheint, die auftauchende Neigung zum phantastischen Schwindeln zu unterdrücken und im Zaum zu halten. Der ausgeprägten Erscheinung beim Erwachsenen gegenüber werden wir nicht mehr viel ausrichten können und uns beschränken müssen, diese sozial recht bedenklichen Leute in einer für sie möglichst schonenden Weise unschädlich zu machen.

Diskussion. — Hofrat Dr. med. *Ganser* berichtet über einen Fall, den er beobachten konnte. Er betrifft einen gebildeten Herrn,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welcher jahrelang ein Tagebuch führte, das schließlich Aktenbände umfaßte, und sich darin in der Rolle eines Fürsten, der Ämter, Orden, Audienzen erteilt, oder eines Generals, der Manöverkritiken ausübt usw. gerierte. Er ist durch diese Phantasieprodukte aber nie zu kriminellen Handlungen verleitet worden. Die pathologischen Schwindler seien meist hysterisch veranlagt. Die hysterische Anlage sei überhaupt viel weiter verbreitet, als man gemeiniglich annehme. Die pathologischen Schwindler seien pathologische Menschen, deren hysterische Anlage nur eine Teilerscheinung sei. Der hysterische Mensch sei nicht an sich ein Schwindler, und andererseits seien die pathologischen Schwindler nicht immer und allein durch die hysterische Anlage bedingt.

Staatsanwalt Dr. *Wulffen* berichtet über den Fall eines bekannten Mannes, der sowohl ein guter Dichter wie ein ausgezeichneter Schwindler war. Der Mann hat unter Vorzeigen eines gefälschten Schreibens des Generalstaatsanwalts angeblich falsches Geld von einer Reihe von Leuten eingezogen, auch einmal aus einem Stalle am hellen Tage ein Pferd einem Bauern abgeschwindelt. Derselbe Mann hat später die phantasievollsten Romane aus fremden Ländern geschrieben, welche eine ungeheure Verbreitung besonders unter der Jugend gefunden haben.

Obermedizinalrat Dr. *Hesse* fragt, ob nicht bei den meisten angeführten Fällen die Geistesschwäche einen wesentlichen Faktor spielt.

Dr. *Ganser* empfiehlt, schon die kindliche Seele zu prüfen. Man fände da häufig schon große Neigung zu phantasievollen Ausschmückungen von Erzählungen. Die Phantasie des Kindes müsse dann in geeigneter Weise beeinflußt werden.

Nervenarzt Dr. *Stegmann* berichtet aus seiner Erfahrung einen derartigen Fall eines phantasievollen 13jährigen Kindes. Das Kind hatte gelogen, seine Mutter sei gestorben, und hatte mitleiderregende Briefe geschrieben. Später sagte das Kind, es habe gewußt, daß es nicht wahr sei, es könne sich dem aber nicht entziehen. Das sei krank gewesen, unrichtigerweise sei es mit Strafe behandelt worden.

Staatsanwalt Dr. *Wulffen* sagt, es möchte schon in der Schule darauf gehalten werden, daß die kindliche Phantasie nicht auf falsche Wege gerate. — Ein klassisches Beispiel des pathologischen Schwindelns sei Franz Moor.

Prof. Dr. *Aschaffenburg* berichtet über einen ähnlichen Fall wie Dr. *Ganser*. Es handelte sich um einen Mann, der Schriften über sich selbst schreiben mußte, in denen er die Rolle eines Marquis de Sade spielte, um dadurch seine seelische Ruhe wiederzugewinnen, während er sonst eine ganz spießerhafte Persönlichkeit war. Es sei nicht zu beantworten, ob die Schwindler geistesschwach oder intelligent seien, sie seien jedenfalls viel weniger geistesstark, als man in Laienkreisen häufig annehme. Die meisten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besäßen eine gewisse Unfähigkeit zu leben, weniger aus intellektueller Geistesschwäche, als aus Haltlosigkeit.

Für unser Verhalten Kindern gegenüber kämen drei Möglichkeiten in Betracht: soll man die Phantasietätigkeit unterdrücken, lenken oder ihr freien Lauf lassen?

Sie sei zu unterdrücken. Zwar wird Strafe nicht imstande sein, die Neigung zum Schwindeln auszurotten, aber durch eine richtige Erziehung kann doch verhindert werden, daß sich die Neigung allzusehr ausbreitet. Er glaubt auch, daß die Hysterie der Kinder vielfach Schuld der Erziehung sei. Man könne aus einem völlig gesunden Menschen nicht einen hysterischen machen, aber falsche Erziehung könne es befördern, daß krankhaft veranlagte Kinder hysterisch werden. Er sei nicht der Ansicht, wie jetzt häufig behauptet werde, daß jeder Hysterische zum Lügen neige. Eine ganze Anzahl Leute seien aber pathologische Schwindler, weil sie hysterisch sind. Neigung zum Schwindeln und Hysterie seien zwei Zweige eines Baumes der pathologischen Veranlagung.

122. Sitzung vom 24. März 1908.

Staatsanwalt Dr. *Wulffen*: „Zur Psychologie des Alkohols."

Redner war im April 1907 vom Kgl. Justizministerium zum Besuche des wissenschaftlichen Kursus abgeordnet, den der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus zu Berlin alljährlich veranstaltet. Durch Professor Dr. *Kräpelins* Vortrag über die Psychologie des Alkohols wurde er davon überzeugt, daß die auch bei den Kriminalisten häufigen Irrtümer über die Wirkungen des Alkohols einzig und allein mit der Erkenntnis der experimental demonstrierten Alkoholpsychologie überwunden werden können. Redner hat dem Justizministerium in einem Referate den Vorschlag unterbreitet, die Ergebnisse der Alkoholexperimente im Drucke seitens der forensisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden kurz formuliert sämtlichen Justizjuristen Sachsens zugängig zu machen. Das Justizministerium hat diesen Vorschlag gebilligt.

Redner referierte zum Teil nach den Ausführungen Dr. *Fürers* und Dr. *A. Smiths* in den gedruckten Berichten des 5. Internationalen Kongresses zur Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke zu Basel (August 1895) über *Kräpelins* Alkoholexperimente. Im einzelnen besprach er die Veranstaltungen und psychologischen Ergebnisse der sogen. Reaktionsexperimente (Messen der einfachen und der Wahlreaktion), der Assoziationsexperimente (Messen der geistigen Arbeit nach der Qualität der Assoziation, der Auswendiglernversuche, der Additionsversuche, der Leseversuche, der Zeitschätzungsversuche, der Dynamometer- und Energographenexperimente (zum Messen der Muskelkraft), endlich der Schreibversuche. Redner zeigte bei allen aufgeführten Experi-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

menten die Wirkungen des akuten und des chronischen Alkoholgebrauchs sowie des Rausches. Im Anschluß besprach Redner eingehend das psychologische Zustandekommen des Alkoholdeliktes, d. h. der Straftat unter Alkoholbeeinflussung des Täters, in ähnlicher Weise die Aussage des Zeugen, der bei der Wahrnehmung dessen, was er später bekundet, unter Einwirkung des Alkohols steht.

An der Hand der Kriminalstatistik wurde der enge Zusammenhang zwischen Körperverletzung und Alkohol erörtert, und bezüglich der übrigen Delikte wurden Ziffern nach Dr. *Baer*-Plötzensee gegeben.

Von den pathologischen Erscheinungen des Alkohols besprach Redner den pathologischen Rausch, den chronischen Alkoholismus, das Delirium tremens und die Dipsomanie.

Die große Schwierigkeit der Prüfung, ob ein Berauschter für seine Straftat verantwortlich gemacht werden kann, beleuchtete Redner, besonders im Anschluß an *Aschaffenburg*s Ausführungen, eingehend und gab alle einzelnen Kriterien hierfür an.

Die Forderung der Psychiater wurde anerkannt, daß bei milden Fällen von Alkoholdelikten bedingter Strafaufschub befürwortet werde. Auch sonstige Lücken in der Gesetzgebung gegen Trinker und Trunksüchtige fanden Erwähnung.

Bei Beurteilung der Alkoholdelikte ist die Macht des Alkoholkapitals und der Trinksitten zu berücksichtigen. Das Alkoholdelikt hat eine wesentliche soziale Seite. Es wird nur dann eingeschränkt werden, wenn die Ersatzmittel für den Alkohol (gesunde Wohnungen, Aufenthalt im Freien, Sport, Volkskunst und Unterhaltung) besser gepflegt werden.

Diskussion. — Hofrat Dr. med. *Ganser* meint, es sei nicht wunderbar, daß die Tatsachen, die schon längere Zeit festgestellt sind, nicht weiteren Kreisen bekannt seien, da jedermann ohne weiteres meine, über den Alkohol Bescheid zu wissen. Doch seien hier noch soviel Probleme ungelöst, und wer sich mit diesen Fragen beschäftige, finde, wie verheerend der Alkohol wirke auf dem sozialen, ethischen, wirtschaftlichen Gebiete und dem der Fortpflanzung. Für alle psychische Degeneration der Rasse sei der Alkohol das bei weitem ausgedehnteste Moment. Diese Erkenntnis sei erst in den letzten Jahren allgemeiner in die gebildeten Kreise gedrungen.

Geheimer Rat Dr. med. *Weber*: Der Alkohol könne schon in kleinen Mengen zum Rausch führen. Es sei praktisch unmöglich, die Fälle in ihrer Mehrzahl daraufhin zu untersuchen. Es fehle da z. Z. an Mitteln und Kräften.

Staatsanwalt Dr. *Wulffen* meint, es sei zunächst nur überhaupt einmal notwendig, die praktischen Ergebnisse auf diesem Gebiete dem größeren Teile der Juristen bekannt zu geben, um die Juristen auf diese Tatsachen hinzuweisen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

124.[1]) Sitzung vom 25. Juni 1908.

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Krankenvorstellungen.

1. 29jähriger Arbeiter, der vor vier Jahren zum ersten Male wegen Sittlichkeitsvergehen, verübt an kleinen Mädchen, bestraft worden ist. Er ist erblich nicht belastet, hat sich körperlich bis auf nächtliches Aufschreien gut entwickelt, ist geistig jedoch in der Entwickelung etwas zurückgeblieben. Schon als Kind hatte er Zeiten, in denen er schwermütig verstimmt war und sich das Leben nehmen wollte. Nach der Schulzeit ist er viel gewandert und hat häufig seine Arbeitsstelle gewechselt, in verschiedenen Branchen gearbeitet. Er hat früher viel, in der Ehe nicht mehr regelmäßig alkoholische Getränke zu sich genommen, zu Zeiten ganz haltlos gegen die Trunkneigung. Er hatte in der Ehe geregelten Geschlechtsverkehr. Er hat im Jahre 1908 an einem Tage an drei verschiedenen Orten unter dem Einflusse von Alkohol drei kleinen Mädchen unter dem Rock ans Bein gefaßt. Hinterher hatte er keine genaue Erinnerung daran. Er kam in Untersuchungshaft, war zuerst klar, geriet nach einigen Tagen in einen Erregungszustand und wurde nach der Heil- und Pflegeanstalt überführt. Hier zeigte er die Anzeichen eines hysterischen Dämmerzustandes; er war desorientiert, hatte traumhaften Gesichtsausdruck, zeigte Vorbeisehen, zählte z. B. Finger falsch; bezeichnete Auge als Ohr usw., hatte Gehörstäuschungen. Nach einigen Tagen klar und ruhig. Bei der Vorstellung etwas ängstlich und zaghaft, sagt „wenn er betrunken sei, gehe es ihm im Kopfe herum, er habe es dann so „aufs Weibliche“, habe den Trieb, Kinder anzufassen, das habe er nicht, wenn er nüchtern sei, da könne er sich beherrschen.“ Der Vortragende resümiert, daß der Kranke infolge von Alkoholismus und Kopfverletzung an perversen Neigungen leide, die er im nüchternen Zustande überwinde, die ihn aber überwältigen, wenn er unter dem Einflusse des Alkohols stehe. Er sei ein geistig minderwertiger Mensch. Der in der Haft aufgetretene hysterische Dämmerzustand sei auf dem Boden dieser Minderwertigkeit entstanden. Pat. gehöre in eine Trinkerheilanstalt.

2. 34jährige Witwe, jetzt Kellnerin. Erkrankte in der Untersuchungshaft. War beschuldigt, Kleidungsstücke im Werte von 10 M. entwendet zu haben. Nach der Aufnahme in der Anstalt verwirrt, gibt unsinnige Antworten, sagt, es sei 1875, sie wisse nicht, wie sie heiße, der Hund habe 12 oder 13 Beine, 1 Pfennigstück sei aus Gold, im Bett seien lauter Stecknadeln, 3 mal 5 sei 14, zählt die Wochentage in falscher Reihenfolge auf.

[1]) Über die 123. Sitzung vom 30. März 1908, in der Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden „Einige Bemerkungen zum Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorgeerziehung im Königreich Sachsen“ vortrug, ist Bd. 65, S. 297 dieser Zeitschrift berichtet worden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von körperlichen hysterischen Stigmata waren Analgesie am ganzen Körper, der Nasen- und Zungenschleimhaut und Druckempfindlichkeit des Kopfes vorhanden. Nach einigen Tagen klar, ruhig, erwies sich aber als geistig geschwächt. Bei der Vorstellung gibt sie gute Auskunft, zeigt etwas kindliches Wesen, weiß von dem Diebstahl, sucht ihn aber durch Ausflüchte zu rechtfertigen. Geistesschwache Frau, die für ihre Taten nicht voll zur Verantwortung gezogen werden kann, und bei der sich auf dem Boden der Minderwertigkeit in der Haft ein hysterischer Dämmerzustand entwickelt hat.

3. 52jährige Arbeitersehefrau, die eine große Reihe von Ladendiebstählen verübt hat. 1902 zum ersten Male nach Diebstahl für geisteskrank erklärt und in Irrenanstalt untergebracht. Dort als Geistesstörung bei Lues cerebri aufgefaßt. 1905 zum ersten Male in der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt, wurde nach Diebstahl verhaftet, bei der Verhaftung bekam sie Krämpfe und einen Tobsuchtsanfall, im Anschluß daran in der Anstalt, wochenlang anhaltender hysterischer Dämmerzustand.

Aus der Vorgeschichte: trank gern Bier, war reizbar, zanksüchtig, im Anschluß an Menstruation Erregungszustände. Nahm auch zu Hause ihren Kindern Sachen, wie Handschuhe, Nippsachen usw. weg. Sie war im Januar 1906 entlassen worden, hatte sich zu Hause äußerlich geordnet verhalten. Juni 1908 wieder wegen Diebstahls verhaftet, gerät wieder in heftigen Erregungszustand, in dem sie sich die Sachen zerreißt. Sofort in die Anstalt gebracht, zeigt sie wieder einen hysterischen Dämmerzustand.

Bei der Vorstellung sehr kindisches Benehmen, sieht in die Hefte hinein, die auf dem Tisch liegen, ist ungenau orientiert, stellt kindliche Fragen, kann über ihre Vorgeschichte keine Auskunft geben, rechnet einfache Exempel falsch aus. Sagt plötzlich: „Nun ist's gut, ich gehe nun wieder raus"; läßt sich nur mit Mühe zurückhalten.

Ob die Kranke die Tat im Dämmerzustande begangen habe, sei nicht näher nachzuweisen, aber möglich, da gerade Warenhausdiebinnen öfters in solchen Zuständen handelten. Jedenfalls sei aber die Kranke eine geistig minderwertige Person, welche für ihre Taten nicht verantwortlich zu machen sei. Dr. *Ilberg*.

Bericht über die 10. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 7. August 1909 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt in Holstein.

Anwesend: *Adler*-Schleswig, *Auer*-Kiel, *Brückner*-Hamburg, *Cimbal*-Altona, *Dabelstein*-Neustadt i. H., *Delbrück*-Bremen, *Dräseke*-Hamburg,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Embden-Hamburg, *Fliedner*-Neustadt, *Hinrichs*-Schleswig, *Holzmann*-Hamburg, *Jaspersen*-Preetz, *Jühlke*-Alt-Strelitz, *Kleiminger*-Neustadt. *Kroemer*-Neustadt, *Matusch*-Sachsenberg, *Much*-Hamburg, *Nonne*-Hamburg, *Reye*-Hamburg, *Riedel*-Lübeck, *Rust*-Sachsenberg, *Scharpff*-Kiel. *Schröder*-Altona, *Schwarz*-Schwartau, *Starke*-Neustadt, *Walther*-Neustadt *Wassermeyer*-Kiel, *Wenck*-Pinneberg. Als Gast: *Mühlenhardt*-Neustadt.

Vorsitzender: *Dabelstein*. Schriftführer: *Kroemer*.

Der Vorsitzende begrüßte die Versammlung, erstattete den Kassenbericht; als nächstjähriger Versammlungsort wurde Friedrichsberg bestimmt.

Dräseke sprach zur makroskopischen Kenntnis des Affengehirns mit Zugrundelegung je eines Gehirns vom Schimpansen (Simia troglodytes) und vom Gibbon (Hylobates syndochylus). Bei dem Schimpansengehirn fällt eine unverkennbare Ähnlichkeit mit dem des Menschen auf. Das Stirnhirn zeigt deutlich drei Gyri, spitzt sich vorn stark zu und bildet basal im Gegensatz zum Gehirn des Menschen einen ziemlich scharfen Kamm, das Rostrum genannt. Die dem Orbita-Dach aufliegende basale Fläche des Stirnhirns ist entsprechend stärker ausgehöhlt. Eine typische Affenspalte, welche bis zur Mantelkante reicht, trennt Scheitel- und Hinterhauptlappen. Die Großhirnhemisphären überragen das Kleinhirn ein klein wenig. Der Hirnstamm ist dem des Menschen wirklich sehr ähnlich. Darauf gab der Vortragende eine allgemeine makroskopische Schilderung des Gehirns von Hylobates. Über die phylogenetische Stellung des Gibbon in der Reihe der Affen ist gestritten worden. Neuerdings hat vor allem *Waldeyer* betont, daß das Gibbon-Gehirn dem der andern anthropoiden Affen anzureihen sei. Es fällt besonders das größere Stirnhirn, die geringere Symmetrie der Furchen beider Hemisphären, auch die stärkere Furchung der Hinterlappen auf. Das Kleinhirn ist völlig von den Großhirnhemisphären überlagert. Sodann demonstrierte der Vortragende an beiden Gehirnen selbst die Hauptfurchen in ihrem charakteristischen Verlauf.

Hieran anschließend gab *Dräseke* kurz einige einleitende Worte zu der sodann folgenden Demonstration. Durch Zucht wird, wie er ausführte, bei einigen Hunderassen der Schädel und mit ihm auch das Gehirn umgeformt. Dieser Prozeß kann für das Tier eine schwere Schädigung bedingen, wenn das ganze Riechhirn in seiner Entwicklung gehemmt wird, denn auf dieses gerade ist ja das Tier im Kampfe ums Dasein zum größten Teile angewiesen. Anders liegen die Verhältnisse beim Menschen. So wurden bei den Inkas Schädelumformungen von weitgehendem Umfang in frühester Jugend vorgenommen. Dementsprechend hat es sich bei ihnen auch um Verlagerungen und Verschiebungen der verschiedenen Teile der Großhirnhemisphären gehandelt. Es wurde aber kein Hirnteil durch diese Eingriffe zur Atrophie gebracht, wie es jetzt bei einigen Hunde-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rassen der Fall ist. Bei den Inkas suchte man durch äußere Einwirkungen den Schädel umzuformen, wobei man besonders zwei Schädelformen zu erreichen trachtete. Bei der ersten bemühte man sich, einen Turmschädel zu bilden, so daß der Träger desselben nicht unerheblich größer wurde, bei der zweiten strebte man danach, oberhalb der Augenbogen die sich hochwölbende Stirn nach hinten zu legen, so daß ungefähr der Schädel eines Raubtieres mit stark nach hinten fliehender Stirn entstand. Eine Schädigung für Gesundheit und Intellekt scheinen die Inkas nicht dadurch erlitten zu haben, denn sonst hätten sie als die Herren diese Umformungen der Schädel vielleicht nicht vorgenommen. Ähnliches, vor allem aber die Abflachung der Stirn ist in Toulouse noch im vorigen Jahrhundert üblich gewesen. Eine französische Arbeit über die solchen Schädeln entstammenden Gehirne läßt an denselben nur eine Verlagerung der Hirnteile, besonders aber eine Abflachung des Stirnhirns erkennen, von einer intellektuellen Einbuße ist nicht die Rede.

Hierauf demonstrierte *Dräseke* zwei Hundegehirne, von denen das eine einem langschädeligen schottischen Schäferhunde entnommen war, während das andere von einem kleinen, rundschädeligen King-Charles-Hund stammte. Bei dem ersteren war das ganze Riechhirn sehr gut entwickelt, bei dem zweiten dagegen durchaus verkümmert. Hieran schloß sich die Demonstration zweier Inka-Schädel, die der Vortragende der Liebenswürdigkeit des Oberarztes Herrn Dr. *Kellner* in Alsterdorf verdankte. Die beiden Schädel zeigten in ausgeprägter Weise die bereits geschilderten Formen.

Wassermeyer-Kiel: Über die Ergebnisse der in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel ausgeführten Lumbalpunktionen.

Die Zahl der vorgenommenen Punktionen betrug rund 550. Ein Teil derselben ist schon von *Meyer*, *Siemerling* und *Henkel* veröffentlicht. Es wurde ausnahmlos im Liegen punktiert, der Druck regelmäßig gemessen sowie darauf gehalten, daß die Kranken hinterher mindestens 24 Stunden liegen; bei frühzeitigem Aufstehen wurden recht unangenehme Folgen beobachtet, so besonders bei je einem Falle von Hirntumor und Paralyse. Ohne besondere Veranlassung wurden nicht mehr als 5 ccm abgelassen. Am besten wurde die Punktion von den Paralytikern vertragen, auffallend schlecht von den Kranken mit multipler Sklerose. Bei diesen wurden schließlich nur noch 2 ccm entnommen und dadurch erhebliche Nachwirkungen vermieden. Ganz besondere Vorsicht ist bei Hirntumoren zu beachten, vor allem soll man den Liquor nur tropfenweise entnehmen, bei starkem Sinken des Druckes abbrechen und streng die nachfolgende Liegezeit innehalten. Dennoch treten Kopfschmerzen und Übelkeit häufig auf. Untersucht wurde das Gesamteiweiß nach *Nissl*, auf pathologisches Eiweiß mit Magnesiumsulfat nach *Guillain-Parant* und mit Ammoniumsulfat nach *Nonne-Apelt*. Zur Gewinnung des Zellprä-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

parates wurden 2 ccm Liquor 1/2 Stunde lang zentrifugiert, dann abgegossen und der Boden des Zentrifugenröhrchens sorgfältig mit einer frisch ausgezogenen Papillarpipette abgekratzt. Die so erhaltene Flüssigkeit auf dem Objektträger geschätzt, nach Trocknen mit Ätheralkohol fixiert und mit *Ehrlichs* Triazidlösung und polychromem Methylenblau gefärbt. Die Zählmethode nach *Fuchs-Rosenthal* sowie das von *Alzheimer* angegebene Verfahren wurden weniger benutzt. Auf eventuelle Spontangerinnung sowie Farbe des Liquors wurde geachtet. Ein gewisses konstantes Verhalten zeigten die Erkrankungen des Zentralnervensystems auf luischer Basis: Paralyse, Tabes und Lues cerebri bzw. cerebrospinalis. Bei Paralyse fand sich ausnahmlos eine Erhöhung des Gesamteiweißgehaltes nach *Nissl* (die Normalgrenze auf 1 1/2 Teilstriche angesetzt) sowie deutlich positiver Ausfall der Eiweißproben nach *Guillain-Parant* und *Nonne-Apelt*. Eine ausgesprochene Vermehrung der Zellbestandteile, und zwar vorwiegend der Lymphozyten lag vor bei über 99 % von 239 Fällen, nur zweimal fehlte sie. Da die betreffenden Punktionen aus der ersten Zeit stammen und in einem dieser Fälle später Lymphozytose nachgewiesen werden konnte, ist der negative Ausfall möglicherweise durch technische Mängel bedingt. Die Lymphozytose bei der Paralyse ist ein Frühsymptom, ein Unterschied in ihrem Verhalten bei frischen und alten Fällen ließ sich nicht feststellen, ebensowenig ein wesentlicher Einfluß der antiluischen Behandlung oder der paralytischen Anfälle. Der Druck war in der großen Mehrzahl der Fälle erhöht. 20 Fälle von Tabes zeigten ausnahmlos: Lymphozytose, vereinzelt auch Leukozyten und soweit untersucht *Guillain-Parant* und *Nonne-Apelt* positiv und *Nissl* erhöht. Der Druck betrug von 15 Fällen nur einmal unter 120.

Ebenso wurde in 22 Fällen von Lues cerebrospinalis sowie bei Tumoren luischen Ursprungs niemals die Lymphozytose vermißt, sie fand sich von mäßigen bis zu den stärksten Graden, daneben zuweilen Leukozytose leichterer Art. Es schien, als ob die Menge der Zellen in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zur Heftigkeit der Symptome stände. Die Gesamteiweißmenge war regelmäßig vermehrt, die Magnesium- und Ammoniumsulfatproben fielen positiv aus, bald sehr starke Trübung, bald Opaleszenz. Der Druck war in vier Fünftel der Fälle erhöht, einmal sogar über 730 mm (kein Tumor).

Man kann somit für diese Gruppe wohl als Regel aufstellen: Zellvermehrung, und zwar vorwiegend Lymphozytose, Eiweißproben mit Magnesiumsulfat und Ammoniumsulfat positiv, Gesamteiweiß erhöht und meist Steigerung des Druckes. Die speziellen Verhältnisse ergeben sich aus folgender Tabelle:

(**L = Lymphocytose.**
Tr = Trübung, Op = Opaleszenz bei den Eiweißproben **nach** ***Guillain-Parant*** **und** ***Nonne-Apelt.***)



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralyse: 239 Fälle.

L	Tr	*Nissl*: 167 Fälle				Druck: 165 Fälle (als Normalgrenze 100 mm angenommen)				
		1½—3	3—5	5—10	über 10	unter 100	100 bis 200	200 bis 300	300 bis 400	über 400
9,1%	100%	12,5%	59,3%	25,75%	2,45%	10,3%	48,5%	26,1%	12,7%	2,4%
		100 %					89,7%			
						103 Fälle (als Normalgrenze 120 mm angenommen)				
						unter 120	120 bis 200	200 bis 300	300 bis 400	über 400
						17,47%	35,92%	32%	11,6%	3%
							82,52%			

Tabes: 20 Fälle.

L	Tr	*Nissl*: 15 Fälle				Druck: 15 Fälle				
		1½—3	3—5	5—10	über 10	unter 100	100 bis 200	200 bis 300		
100%	100%	20%	66,66%	13,33%		6,66%	80%	13,33%		
		99,99%								

Lues cerebrospinalis etc. 22 Fälle.

L	Tr	Op	Nissl: 15 Fälle				Druck: 15 Fälle				
			1½—3	3—5	5—10		unter 120	120 bis 200	200 bis 400	400 bis 500	über 500
100%	90,9	9,1	33,33%	20%	46,66%		20%	20%	46,66%	6,66%	6,66% (780 mm)
			99,99%					80%			


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die bei den einzelnen Formen dieser Gruppe vorkommenden Unterschiede sind nicht ausreichend, um differentialdiagnostisch verwertet zu werden. Einen charakteristischen Befund ergaben ferner die Punktionen bei Meningitis. Es handelt sich um 6 Fälle von tuberkulöser, 7 von eitriger und 2 von epidemischer Zerebrospinalmeningitis. Der Liquor war oft aber nicht immer getrübt, zuweilen leicht gelblich gefärbt. Nach Zentrifugieren fand sich häufig ein Bodensatz, es trat öfters Spontangerinnung ein, der Druck war mit einer Ausnahme erhöht, die Eiweißproben positiv, das Gesamteiweiß vermehrt, zuweilen trat so starke Ausfällung auf, daß ein bis zwei Drittel des Röhrchens damit angefüllt waren. Bei 3 Tuberkulösen ergab sich im ersten Falle bei zwei Punktionen Leuko- und Lymphozytose; im zweiten bei 3 Punktionen nur ausgesprochene Leukozytose, im dritten, zur Heilung gelangten, bei der ersten und dritten Punktion nur Lymphozytose, bei der zweiten auch mäßige Leukozytose. Der Liquor zeigte keinmal Spontangerinnung, nur bei der dritten Punktion im Fall 2 trat sie ein, allerdings war etwas Blut beigemischt. Die Flüssigkeit war in dem dritten, geheilten Falle stets klar, ebenso bei Fall 1 beim ersten Male, sonst leicht trübe. Zwei andere Fälle von tuberkulöser Meningitis zeigten Lymphozytose, immer leicht gelbliche Färbung des Liquors. Von den drei Fällen von purulenter Meningitis ist der erste viermal punktiert. Anfangs bestand leichte Lymphozytose und noch geringere Leukozytose, bei den beiden folgenden Punktionen waren beide Arten von Zellen gleich stark vertreten, an Zahl erst zunehmend, dann wieder abfallend, bei der letzten Punktion bestand sehr starke Leukozytose neben leichter Lymphozytose. Spontangerinnung trat nicht auf. Der Liquor war bei der ersten Punktion klar, wurde dann zunehmend trübe und gelblich. Die beiden andern Fälle zeigten ebenso wie die vier früher punktierten starke Leukozytose, Trübung, gelbliche Färbung des Liquor und Spontangerinnung. Von den an epidemischer Meningitis leidenden sind beide geheilt worden. Die Diagnose ist aus dem Liquor bakteriologisch im hygienischen Institut sichergestellt. Meningokokkenserum kam nicht zur Anwendung. Die Punktionen wurden bei stärkerem Fieberanstieg vorgenommen und waren objektiv und subjektiv von entschieden günstigem Einfluß. Der erste Fall ist fünfmal punktiert, zuletzt, als er schon frei von subjektiven Beschwerden war. Die vier ersten Male war die Flüssigkeit trübe, zeigte Spontangerinnung, beim letzten Male war sie klar, gerann nicht mehr. Es bestand anfangs eine enorme Leukozytose, bei der dritten Punktion fanden sich außer polynukleären auch mäßig viel große mononukleäre Leukozyten, außerdem eine leichte Lymphozytose, letztere verstärkte sich bei der nächsten Punktion, während die Leukozyten abnahmen, schließlich bestand nur noch eine mäßige Lymphozytose. Der *Nissl*-Gehalt ging von etwa 25 auf 5 zurück, der Druck, der zunächst von 230 bis 440 gestiegen war, fiel ab auf 80. Auch aus dem zuletzt gewonnenen Liquor wurden noch Meningokokken gezüchtet. Der zweite Fall ist zweimal untersucht, Trübung


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Spontangerinnung lagen vor. Beim ersten Male bestand neben enormer Leukozytose geringe Lymphozytose, beim zweiten Male hatte letztere zugenommen. Der Kranke, der sich in Besserung befand, mußte dann aus äußeren Gründen verlegt werden.

Ein ähnliches Verhalten zeigte ein schon von *Siemerling* veröffentlichter Fall; es handelte sich um Delirium tremens mit Influenza, kombiniert mit meningealen Reizerscheinungen. Im akuten Stadium enthielt der gelblich-trübe Liquor viel Eiterkörperchen, wenig Lymphozyten, nach acht Tagen war er hell, nur wenig Eiterkörperchen und deutliche Lymphozytose. Einige Wochen nach der Genesung war noch deutliche Lymphozytose nachweisbar. Es dürfte danach für die Meningitis wohl im allgemeinen zutreffen, daß Leukozytose Ausdruck akuter, Lymphozytose Ausdruck chronischer Reizerscheinungen an den Meningen ist. Eine gewisse Bedeutung ist vielleicht ferner nach den Resultaten bei nicht luischen Tumoren zuzumessen. Bei 31 Punktionen fand sich 20 mal eine leichte Lymphozytose, einmal eine recht beträchtliche. In der vorhergegangenen Nacht hatte der betreffende Kranke über 100 halbseitige Krampfanfälle gehabt, die nach der Punktion einige Zeit sistierten. In der Mehrzahl waren die Gesamteiweißwerte erhöht, und zwar in 28 Fällen 24 mal. Zum Teil recht erheblich. Der Druck war ebenfalls vermehrt. Einmal 190, 13 mal über 400, das Maximum betrug über 770 mm. Trübung oder doch Opaleszenz war bei der Magnesium- und Ammoniumprobe in 29 Fällen 25 mal vorhanden; diese Reaktion ging nicht immer Hand in Hand mit Zellenvermehrung, in einzelnen Fällen lag Lymphozytose ohne Trübung, in andern das umgekehrte Verhältnis vor. Von leichter Lymphozytose kann dann gesprochen werden, wenn bei 300- bis 400 facher Vergrößerung (7 *Leitz*) in der Mehrzahl der Gesichtsfelder sich Lymphozyten finden. Die Annahme *Sicands*, daß 3 bis 4 Lymphozyten noch innerhalb der Norm seien, scheint viel zu weitgehend, allerdings ist zuzugeben, daß aus einer solchen leichten Vermehrung sich im allgemeinen keine weitgehenden Schlüsse ableiten lassen. Bei allen übrigen Erkrankungsformen war ein bestimmtes Verhalten des Liquor nicht nachzuweisen. Bei den organischen Nervenleiden, bei Dementia senilis, Arteriosklerose, Alkoholismus wurden öfters Lymphozytose und positiver Ausfall der Eiweißproben gefunden, jedoch in der Regel weniger ausgesprochen als bei den zuerst behandelten Gruppen. Bei den funktionellen Psychosen, Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie und andern Neurosen war der Befund durchweg negativ. Zucker wurde bei Diabetes einige Male in Spuren nachgewiesen, bei einem Fall von Coma diabeticum $^1/_4$ bis $^1/_2$%. Wenn auch zuzugeben ist, daß die durch die Lumbalpunktion so gewonnenen Ergebnisse durch die von *Nonne* geschilderten serologischen Untersuchungen eine ganz wesentliche Ergänzung erhalten, so möchte Vortragender doch den differentialdiagnostischen Wert der von ihm geschilderten einfachen und leicht auszuführenden Methoden an und für sich noch für bedeutend genug erachten, um einer


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgedehnten Verwendung der Punktion das Wort zu reden, auch da, wo serologische Untersuchungen nicht ausführbar sind.

Nonne-Hamburg spricht über die Ergebnisse der Untersuchung auf Lymphozytose, Globulinvermehrung (Phase I), *Wassermann*-Reaktion im Blut und im Spinalpunktat bei Nervenkranken an der Hand einer Erfahrung von den in letzten $3^1/_2$ Jahren untersuchten etwa 1200 Fällen.

Alle vier Reaktionen haben ihren bestimmten Wert. Es ergibt sich aber, daß keine Reaktion allein ausschlaggebend für die Differentialdiagnose zwischen syphilogenen und nichtsyphilogenen sowie organischen und funktionellen Nervenerkrankungen sein kann, sondern daß alle vier Reaktionen anzuwenden sind. In der Differentialdiagnose zwischen Neurosen und Psychosen bei syphilitisch Gewesenen einerseits, Tabes und Paralyse andererseits, sowie zwischen idiopathischer Epilepsie mit Syphilis in der Anamnese und Paralyse erlaubt die kombinierte Anwendung der vier Reaktionen die Differentialdiagnose. Sie ist jedoch auch mit der Anwendung der vier Reaktionen nicht zu stellen zwischen Syphilis cerebrospinalis einerseits und multipler Sklerose sowie Tumor cerebri mit Syphilis in der Anamnese andererseits. Die vier Reaktionen erlauben eine Abgrenzung der Pseudotabes alcoholica von der Tabes dorsalis sowie den arteriosklerotischen Geistesstörungen von der Paralyse. (Ausführliche Publikation erscheint in der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde".)

Brückner-Friedrichsberg gibt zunächst eine Übersicht der auf Grund der Veröffentlichung von *Much* und *Holzmann* über ihre Psychoreaktion erwachsene Literatur, deren Ergebnis mit Ausnahme einer, durch die übrige Literatur im voraus widerlegten Arbeit, dahin lautet, daß für die klinische Diagnostik die Reaktion in ihrer gegenwärtigen Gestalt unbrauchbar ist. *Brückner* hat im ganzen etwa 200 Sera von psychisch Kranken entnommen, deren serologische Untersuchung von *Much* selbst vorgenommen wurde. Das Resultat war derart, daß ausgesprochene Hebephrene zwar meist positiv reagierten, daß aber Katatonie und Dementia paranoides in etwa der Hälfte der Fälle, und ebenso Manisch-Depressive negativ reagierten, und daß endlich nicht nur bei allen möglichen Formen von Geistesstörungen einschließlich der progressiven Paralyse häufig positive Reaktionen vorkamen, sondern auch von 7 nachweislich nicht belasteten Pflegepersonen nicht weniger als 5 positiv reagierten. Daraus folgt, daß die Reaktion klinisch nicht brauchbar ist, was natürlich nicht ausschließt, daß ähnliche Wege, wie die von *Much* und *Holzmann* eingeschlagenen doch einmal die Mittel an die Hand geben können, um tiefer einzudringen in das Wesen der Psychosen.

Diskussion. — *Much*: Zuerst kurzes Eingehen auf die Technik der Reaktion, die inzwischen bedeutend verbessert und verfeinert werden mußte.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach den von *Brückner* mitgeteilten Ergebnissen kann keine Rede mehr davon sein, daß die Reaktion eine diagnostische Bedeutung für bestimmte Krankheitsbilder beanspruchen kann. Es war wohl ein unglücklicher Zufall, daß alle die im Anfang auf Dementia praecox und manisch-depressives Irresein diagnostizierten Sera zu den bei diesen Krankheiten vorkommenden positiv reagierenden Fällen zählten. Dadurch sind die damaligen Schlußfolgerungen in eine Richtung hineingedrängt worden, die sich in keiner Weise mehr aufrecht erhalten läßt.

Offenbar sind im Serum die Kobragifthämolyse hemmende und lösende Stoffe gleichzeitig vorhanden. Beide können sich gegenseitig beeinflussen. Es können also Lösungstoffe die Wirkung der vorhandenen Hemmungstoffe aufheben oder verdecken. Viel Lösungstoffe kommen beispielsweise bei Tuberkulose und manchen Jnfektionskrankheiten vor. So könnte also ein Dementia-praecox-Kranker, der an sich positiv reagierte, durch Erwerbung einer Tuberkulose oder Infektionskrankheit negativ reagieren. Für manche Fälle mag dies zutreffen, aber sicher nicht für alle. Die Reaktion kommt demnach bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein nicht in 100% vor.

Man könnte fernerhin sagen: Es hat sich gezeigt, daß manche scheinbar ganz Gesunde positiv reagieren. Wenn solche Leute irgendeine Krankheit bekommen, und die Reaktion gerade während der Krankheit geprüft wird, dann kann leicht der Schluß gezogen werden, die positive Reaktion stehe in ursächlichem Zusammenhange mit der betreffenden Krankheit. Und das wäre ein Trugschluß. — Ganz gewiß wird auch diese Erwägung für manche Fälle zu Recht bestehen. Dadurch wird aber die Bedeutung der Reaktion außerordentlich verwickelt.

Jedenfalls ist einstweilen noch kein Urteil abzugeben. Wenn noch sehr zahlreiche Untersuchungen Klärung geschaffen haben, kann die Reaktion vielleicht doch noch einen praktischen Wert bekommen, der aber jetzt noch absolut nicht abzusehen ist.

Dagegen ist der theoretische Wert groß. **Die Reaktion bedeutet etwas absolut Neues: nämlich die Auffindung bestimmter Hemmungskörper in menschlichen Blutseris.**

Dieses absolut neue Ergebnis hat einstweilen nur Bedeutung auf rein biologischem Gebiete. Und da kommt es fürs erste auf die Lösung dreier Fragen an:

1. Welcher Art sind die Hemmungstoffe?
2. Was ist die Ursache ihres Auftretens?
3. Wie ist der unzweifelhafte Zusammenhang mit Psychosen und Nervenkrankheiten zu erklären?

Brückner hebt die Vorzüglichkeit der von *Nonne, Apelt* und *Schumm* angegebenen Ammonium-Sulfatreaktion hervor, die einfacher und zuverlässiger sei als die *Wassermann*sche und die Pleozytose. Im Gegensatz zu


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wassermeyer, der sie bei allen möglichen, auch funktionellen Psychosen positiv gefunden haben will, sagt *Brückner* an der Hand einer Erfahrung von vielen hundert Untersuchungen, daß sie nur bei destruierenden Prozessen des Zentralnervensystems vorkommt, und zwar fast stets bei Paralyse und Lues cerebri. Bei Arteriosklerose ohne Endarteriitis luica komme sie nicht vor. Allerdings könne man nicht, wie *Nonne* meint, eine Opaleszenz als positiv bezeichnen, sondern einwandfrei nur eine ausgesprochene Trübung. Einzusehen sei nicht, warum *Nonne* selbst seine Globulinreaktion nicht höher einschätze als den Nachweis der Pleozytose, die doch bei Paralyse nicht immer stärker ausfalle als bei Lues II, welch letztere auch nach den Erfahrungen *Nonne*s niemals eine positive Globulinreaktion gebe.

Wassermeyer bestätigt die Erfahrung *Nonne*s, daß auch bei sicheren Paralysen die *Wassermann*sche Reaktion zuweilen erst nach der zweiten oder dritten Untersuchung positiv ausfällt. Gelbe Färbung und schnelle Gerinnung sah er wiederholt bei Punktion eines Hirnprolapses, der nach Trepanation bei Tumor sich gebildet hatte. Bezüglich der *Much-Holzmann*schen Reaktion müsse es auffallend erscheinen, daß stets von „Dementia praecox" und „manisch-depressivem Irresein" die Rede sei, wie von fest umgrenzten, genau bekannten Krankheiten. Unter den genannten Bezeichnungen seien doch aber zweifellos nur Symptomenkomplexe zusammengefaßt, die von jedem Beobachter in subjektiver Weise aufgefaßt würden. Fast jeder Fall werde ja tatsächlich von den verschiedenen Beobachtern verschieden angesehen. Auch anscheinend völlig verblödete Kranke, an deren Zugehörigkeit zur sog. Dementia praecox kaum jemand zweifle, könnten bisweilen plötzlich wieder völlig gesunden. Es sei vorauszusehen gewesen, daß Schlußfolgerungen, die, wie die von *Much-Holzmann*, unter Nichtbeachtung dieser Sachlagen, sich auf so völlig verschwimmenden, nicht zu fixierenden Begriffen aufbauten, Fiasko erleiden mußten.

Wenn daher *Geissler* in Köln meine, er habe durch Vorbehandlung mit dem Serum eines Dementia-praecox-Kranken ein Antiserum gewonnen, welches mit den Seris anderer Dementia-praecox-Kranker eine besondere Reaktion gebe, und es für nicht ausgeschlossen halte, dadurch Dementia praecox und manisch-depressives Irresein gegeneinander abgrenzen zu können, so sei dies so unsinnig, daß es sich kaum verlohne, darüber noch zu diskutieren.

Cimbal weist auch auf den so unbestimmten Begriff „Dementia praecox" hin und hält gleich *Wassermeyer* diese Basis im großen und ganzen für unsicher und an sich weniger geeignet zum Aufbau der *Much-Holzmann*schen Schlußfolgerungen.

Wassermeyer betont *Brückner* gegenüber, daß er bei der Lumbalpunktion den Nachweis der Zellvermehrung für das Wichtigste halte, danach die Eiweißproben. Er habe nicht die Erfahrung gemacht, daß die Probe mit Ammoniumsulfat nach *Nonne* eindeutiger sei oder mehr leiste


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als die nach *Guillain-Parant.* Er bestätigt *Cimbal,* daß der Druck bei chronischen Alkoholisten meist erhöht ist, es seien 300 bis 400 mm mehrfach beobachtet worden. Jedenfalls erscheine es durchaus nicht angängig, beim Zusammentreffen von Alkoholismus und Trauma eine eventuelle Druckerhöhung auf Rechnung des letzteren zu setzen. Der Druck habe sich überaus als sehr inkonstant herausgestellt.

Kroemer.

Kleinere Mitteilungen.

Die Beschäftigung am Webstuhle auf dem Gebiete der Arbeitstherapie für Geisteskranke. — Schon vor Jahren habe ich in diesen Blättern über die Bestrebungen der nordischen Anstalten für Schwachsinnige, ferner für Taubstumme, Blinde und Krüppel berichtet, die dahin gehen, dem Unterrichte und der Beschäftigung in Handarbeiten, besonders im Weben, für ihre Pfleglinge einen möglichst breiten Raum zuzuweisen. Es ist dabei auch der erfolgreichen Versuche des hervorragenden schwedischen Psychiaters Dr. *Westerlund* zu Enköping, für seine Kranken gerade wiederum die Arbeit am Webstuhl zu verwerten, gedacht worden. Im Großherzogtum Baden ist man, vor allem infolge der Initiative Ihrer Königlichen Hoheit der Frau Großherzogin Luise, wohl am bereitwilligsten dazu geschritten, das gegebene Beispiel durch praktische Erfahrung zu erproben. Insbesondere ist dies dort auch bei Geisteskranken geschehen.

Der Direktor der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau bei Achern, Herr Dr. *H. Schüle,* hat die große Liebenswürdigkeit gehabt, mir nachstehenden Bericht mit der Erlaubnis, ihn weiteren Kreisen zugängig machen zu dürfen, zur Verfügung zu stellen:

Die Handweberei, wie sie in den nordischen Ländern, namentlich in Schweden und Finnland, als Hausindustrie betrieben wird und auch in verschiedenen Anstalten dort Eingang gefunden hat, wurde im Jahre 1903 auf Anregung der Frau Großherzogin in den badischen Irrenanstalten eingeführt. Zunächst wurde seitens der Anstalt Illenau eine geeignete Wärterin, welche in erster Reihe für das Erlernen der Weberei und für spätere Unterweisung in derselben in Aussicht genommen war, für einige Wochen in die Kunststickereischule des badischen Frauenvereins zu Karlsruhe entsendet, um sich hier von der in dieser Technik — und zwar in der Webschule zu Kiel — besonders ausgebildeten Lehrerin über die verschiedenen Webstühle und Webarten unterrichten zu lassen und im Anschlusse daran die nötigen Anweisungen über die in der Anstalt zu treffenden Vorbereitungen zu erhalten. Alsdann fand ein sechswöchiger


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lehrkursus unter Leitung der Lehrerin statt, an dem vier Wärterinnen und eine versuchweise entlassene Patientin aus der benachbarten Amtsstadt, die tagüber in der Anstalt verkehrte, teilgenommen haben. Die Teilnehmerinnen zeigten großes Interesse an der Sache und waren eifrig bestrebt, sich die erforderliche Fertigkeit anzueignen. Nach Schluß des Kursus erklärten sich zunächst sechs Patientinnen zur Erlernung der Weberei bereit; weitere Patientinnen wurden dazu in Aussicht genommen. Es hat sich die Handweberei in unserer Anstalt als eine wertvolle Bereicherung der verschiedenen Krankenbeschäftigungen bewährt, so daß wir diesen Zweig der Arbeitstherapie nicht mehr missen möchten. Insbesondere ist die Beteiligung der Kranken aus den höheren Ständen an diesen Handarbeiten eine sehr rege, wenn auch — selbstverständlich — nach der Art der Teilnehmerinnen bzw. ihrem Krankheitszustande wechselnd.

Die Zahl der Kranken, welche an der Weberei sich beteiligen, schwankt zwischen sechs und zehn. Von den eingearbeiteten Wärterinnen führt jede Woche eine andere die Aufsicht; die Oberaufsicht wird abwechslungsweise von zwei Oberwärterinnen und der Weißzeugbeschließerin ausgeübt.

An der Aufsichtführung und Anleitung der Kranken beteiligt sich außerdem die oben erwähnte frühere Kranke, welche vermöge ihres höheren Bildungsgrades zur Leitung des Webereibetriebes, in dem, wie vorhin gesagt, meist den besseren Ständen angehörende Patientinnen beschäftigt sind, besonders geeignet erscheint. Die tägliche Arbeitzeit ist verschieden und richtet sich nach dem Befinden der beteiligten Patientinnen. Unbemittelte Kranke erhalten für ihre Beteiligung aufmunternde geringe Geldgeschenke oder sonstige Vergütungen (Kost usw.). Die Beschäftigung ist den Kranken freigestellt; es kommt vor, daß Kranke die Arbeit des Webens zeitweise aussetzen. An Werkgeräten besitzt die Anstalt zwei Flachwebestühle, einen Bandwebestuhl und außerdem zwei *Witte*sche Webepulte. Die erstgenannten Gerätschaften wurden von dem Großherzoglichen Ministerium des Innern angekauft und der Anstalt zunächst leihweise überlassen. Später erwarb die Anstalt diese Webstühle um zusammen M. 164. Die von Ingenieur *F. Witte* in Berlin SW. 11, Schönebergstraße 4 bezogenen zwei Webepulte kosteten M. 136,90. Außerdem wurde 1907 noch ein Hochwebestuhl für Gobelinarbeiten durch Vermittlung des Badischen Frauenvereins um 50 M. angeschafft. Neben den genannten Geräten sind verschiedene kleinere Requisiten erforderlich. Für die Materialien haben wir mehrere Bezugsquellen: die Kunststickereischule des Badischen Frauenvereins, Lion Winnen & Co. zu Frankfurt a. M., Gustav Schultz in Königsberg, Mechanische Netzfabrik zu Itzehoe (Holstein), Adolf Maas & Co. in Berlin S. 14, C. A. Kindler in Karlsruhe usw. und auch einige Geschäfte im benachbarten Achern. Angefertigt werden in der Weberei: buntgestreifte Baumwollstoffe für Schürzen, Blusen, für Nachttischdeckchen und einfarbige Baumwollstoffe für Schürzen, Hosenträgerband, Vorhänge,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Smyrnateppiche, Gobelinstreifen für Kissen, Stühle, Fenstermäntel und Chaiselonguedecken, ferner Wollstoffe für Kleider. Mit Rücksicht auf die hohen Preise für das Arbeitsmaterial kann vom rein finanziellen Standpunkte aus der Betrieb der Handweberei nicht gerade als lukrativ bezeichnet werden; immerhin aber darf man auch mit dem finanziellen Ergebnisse wohl zufrieden sein.

Ungleich höher ist jedoch der ideelle Nutzen zu bewerten, den die Kranken aus dieser Beschäftigung für ihr Wohlbefinden ziehen. —

So weit der Bericht des Herrn Vorstehers der genannten großen badischen Anstalt, den ich in allen Einzelheiten hier wiedergebe. Der Inhalt dürfte jedenfalls geeignet sein, zu ähnlichen Versuchen in andern Anstalten anzuregen.

Landesversicherungsrat *Hansen*-Kiel.

Eine besondere Art von inneren Stimmen. — Die Beobachtung betrifft einen etwa 70 jährigen schwächlichen Junggesellen, der, von Haus aus unentschlossen und sehr wenig selbständig, nach Scheitern seiner Pläne für ein eigenes Altersheim gezwungen war, mit einer nicht viel jüngeren Verwandten zusammenzuleben. Beide starr, wenn sie im Rechte zu sein glaubten; sie, beschränkt, verbittert, ihrer Meinung nach zum Teil durch Schuld jenes unverheiratet geblieben, gehörte zu den Mitgliedern des schönen Geschlechts, welche in Ermangelung der Fähigkeit, zu konversieren, die Taktik befolgen: sobald jemand etwas ausgesprochen hat, sofort zu behaupten, es sei anders; jedermann müßte das ebenfalls sagen. Von dritten Personen lassen sich diese auch nicht überzeugen. Sie streiten so lange, bis jemand, von gleicher Beschränkung wie sie, oder aus Gefälligkeit, oder um sie los zu werden, ihnen recht gibt, um dann triumphierend erst recht die ersteren niederzudrücken. Stellt sich nachträglich heraus, daß diese recht gehabt haben, so ist ihnen das gleichgültig. Kein Wort der Reue, der Entschuldigung. Die Schuld an den mißlichen Folgen verstehen sie recht geschickt auf jene abzuwälzen.

Unser Patient, mehr und mehr des Streitens müde, begehrte zwar noch mitunter auf, entschloß sich aber erst spät zu einer wenigstens persönlichen Trennung, da gewisse Vermögensverhältnisse eine Korrespondenz doch benötigten.

Nun zeigten sich bei ihm die besonderen Erscheinungen, daß er bei Überlegungen über vorzunehmende Handlungen, sobald er zu einem Entschluß gekommen war, eine innere Stimme hörte, die sagte: „Tue es nicht; unter keinen Umständen" u. ä. Bei gleichgültigen Dingen unterließ er dann, seinem Vorsatz treu zu bleiben; bei schwereren geriet er in Zweifel.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gründe, sie nicht auszuführen, fand er nicht. Und doch — eine Nachwirkung der jedesmaligen Aufregung bei den heftigen Streitigkeiten mit der Verwandten — bekam er eine ungewisse Angst und Beklemmung. An die Warnung: „Tu's nicht" schlossen sich die Redensarten wie: „Das wird dir kein Glück bringen", „dir steht was bevor", „tue das Gegenteil". Und unmittelbar darauf: „Das wird doch ausgezeichnet werden" usw.

So wurde er in allen seinen Plänen mehr und mehr gelähmt, wandte sich hilflos um Rat an jedermann, an tief unter ihm stehende Personen, um dann wieder zu hören: „Kümmere dich nicht um den oder das", „frage nach dem oder dem". Das Schlimmste aber war, daß er sich, gereizt durch die ewigen Widersprüche und Tadel, und um seine Unabhängigkeit darzutun, zu impulsiven Handlungen hatte hinreißen lassen, die von ihm selbst nicht gehörig überlegt waren und sehr schlimme Folgen hatten. Gleichzeitig machte sich eine Abnahme des Gedächtnisses und der Fähigkeit und Lust zu geistiger Arbeit bemerklich, eine geistige Leere, die Initiative und Produktivität weiter herabsetzten. Der Zustand ist durch eine geistige Schwäche erklärlich: Abnahme der Leistungfähigkeit des Gehirns. Es ist ein Beitrag zur Gefahr, mit solchen geistig abnormen Personen zusammen leben zu müssen, die in ihren sozialen Beziehungen nach selbständig sind. Zugleich aber auch ein Beweis für die Macht, welche die letzteren auf willenschwache Personen ausüben können. Die Prognose wurde günstig gestellt, da mit der räumlichen Trennung eine erfreuliche Besserung erfolgte. Geh. Med.-R. Dr. *Herm. Kornfeld.*

Personalnachrichten.

Dr. *Ad. Schott*, bisher Oberarzt in Weinsberg, ist zum leitenden Arzt der Anstalt Stetten i. R.,

Dr. *Carl von Rad* in Nürnberg zum Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses,

Dr. *Karl Kleist*, Priv.-Doz., zum Oberarzt der Klinik in Erlangen ernannt worden.

Dr. *Heinr. Schlöß*, Reg.-Rat, Dir. der Landesanstalten Am Steinhof bei Wien, ist das Kommandeurkreuz des päpstl. St.-Gregor-Ordens verliehen worden.

Dr. *Aug. Cramer*, Geh. Med.-Rat u. Prof. in Göttingen, hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Anton Holler*, Primararzt i. R. der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien, ist 83 jährig am 26. Sept. in Graz,

Dr. *Cesare Lombroso*, Prof. der gerichtlichen Medizin u. Psychiatrie in Turin, geb. im Nov. 1835 in Verona, am 19. Oktober in Turin gestorben.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, E. V.

im November 1909.

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. **Leon. Bianchi,** Dir. d. Psychiatr. Univ.-Klinik, Neapel.
Geh. Med.-R. Dr. **Ludwig,** Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Dr. **V. Magnan,** Chefarzt des Asile Sainte Anne, Paris.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman,** Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
Prof. Dr. **Aug. Tamburini,** Dir. der Psychiatr. Klinik, Rom.
Geh. R. Dr. **G. Weber,** Dir. d. Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.

Vorstand:

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moeli,** städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg bei Berlin, Vorsitzender.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser,** Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.), Schatzmeister.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Aug. Cramer,** Göttingen, Psychiatr. Klinik.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin,** München, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Fr. Tuczek,** Dir. d. Landesanstalt Marburg (Reg.-Bez. Kassel).
San.-R. Dr. **Hans Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständ. Schriftführer.

Dr. **K. Abraham,** Berlin W., Schöneberger Ufer 22.
Dr. **C. G. Ackermann,** Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Aug. Adam,** Anstaltsarzt, Regensburg, Karthaus Prüll.
Dr. **Adams,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinprovinz.
Dr. **Max Adelt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
San.-R. Dr. **Adler,** 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Albrecht,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Prof. Dr. **K. Alt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter,** Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).





Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Priv.-Doz. Dr. **Al. Alzheimer,** Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu München.
Dr. **F. Angerer,** Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **G. Anton,** Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
Dr. **Max Arndt,** Wannsee, Privatanstalt Waldhaus.
Dr. **Arndt,** Leiter des Sanatoriums zu Meiningen.
Dr. **O. Arnemann,** Oberarzt, Landesanstalt Groß-Schweidnitz, Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg,** Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
Dr. **B. Ascher,** Berlin W., Jägerstraße 18 II.
Dr. **Fr. Ast,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Backenköhler,** Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
Med.-R. Dr. **Barbo,** Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
San.-R. Dr. **Jul. Bartels,** Hameln (Hannover).
Dr. **Bauer,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Hofrat Dr. **Beckh,** Nürnberg.
San.-R. Dr. **Behrendt,** dir. Arzt d. Priv.-Anst. Sayn b. Koblenz.
San.-R. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1 II.
Oberstabsarzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2 II.
Dr. **Benning,** 2. Arzt, Priv.-Anstalt Pützchen b. Bonn.
Prof. Dr. **Berger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Br. Bernhard,** dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
Dr. **Bernh. Beyer,** Oberarzt, Bayreuth, Priv.-Anst. Herzogshöhe.
Dr. **Ernst Beyer,** dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.
Med.-R. Dr. **Bieberbach,** Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Bischoff,** Ass.-Arzt, Lichtenberg b. Berlin, Städt. Anstalt Herzberge.
Dr. **Blachian,** Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.
Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, kantonale Heilanstalt Burghölzli.
Dr. **Ad. Blitz,** Pankow b. Berlin, Parksanatorium.
San.-R. Dr. Freiherr **Karl von Blomberg,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka bei Gnesen.
Dr. **Bockhorn,** Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Dr. **Ernst Boeck,** Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
Prof. Dr. **Boedeker,** dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Boehme,** Dir., Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Boehmig,** Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36 II.
Dr. **Boettcher,** Oberarzt, Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Rich. Bolte,** Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Bonhöffer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **Borell,** Godramstein (Rheinpfalz).


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Brackmann,** Oberarzt an der Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **K. Brandl,** Assist.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Braune,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Konradstein b. Preuß.-Stargard.
Dr. **Bresler,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Brodmann,** Nervenarzt, Berlin W., Magdeburger Str. 16 I.
Dr. **C. M. Brosius,** Sayn b. Engers a. Rh.
Dr. **Walter Brosius,** Nervenarzt, Saarbrücken (Rheinprov.).
Dr. **E. Brückner,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **Gustav Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
Dr. **Otto Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
San.-R. Prof. Dr. **Bruns,** Nervenarzt, Hannover, Lawesstr. 6.
Prof. Dr. **Buchholz,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **von Buchka,** Oberarzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **Friedr. Buddeberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Buder,** Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
Dr. **Karl Bünger,** Dir. der Privatanstalt Groß-Wusterwitz (Prov. Sachsen).
Priv.-Doz. Dr. **Bumke,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Alfr. Busch,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Buttenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **Campbell,** Nervenarzt, Dresden, Amalienstr. 15, I.
Med.-R. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.
Dr. **W. Caselmann,** Oberarzt, Kreisanstalt Homburg (Pfalz).
Priv.-Doz. Dr. **Cassirer,** Berlin W., Tauenzienstr. 7, II.
Dr. **Fritz Chotzen,** Oberarzt, Städt. Irrenhaus, Breslau XII, Einbaumstraße.
Dr. **Carl Christoph,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).
r. **W. Cimbal,** Altona, städt. Krankenhaus.
r. **Jul. Cohen,** Oberarzt, Königslutter (Braunschweig), Landesanstalt.
Dr. **Colla,** Nervenheilanstalt Buchheide b. Finkenwalde (Pommern).
Dr. **Max Cramer,** Nervenarzt, Hamburg, Esplanade 21.
Dr. **Jul. Daiber,** Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.).
Dr. **Damköhler,** 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Ao. Prof. Dr. **Dannemann,** Oberarzt, Gießen, Psychiatr. Klinik.
Stabsarzt Dr. **Dansauer,** Berlin-Wilmersdorf, Holsteinische Straße 45a.
Dr. **Dees,** Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.




Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Degenkolb**, Oberarzt, Landesanstalt Roda S.-A.
Dr. **Heinr. Dehio**, Oberarzt, städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Deiters**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.
Dr. **Delbrück**, Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.
Dr. **Karl Demohn**, Oberarzt, Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
Dr. **Deutsch**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg in Pommern.
Dr. **Dieckhoff**, Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.
Dr. **Dietz**, Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau, Großh. Hessen.
Dr. **Dinter**, Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.
Geh. San.-R. Dr. **Dittmar**, Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd (Lothr.).
San.-R. Dr. **Dluhosch**, Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen).
Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg**, Kreisarzt, Soest (Westf.).
Dr. **H. W. Dreuw**, Hamburg.
Dr. **Dubbers**, Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Dr. **Ebers**, Baden-Baden, Sanatorium.
Dr. **v. Eck**, Nervenarzt, Godesberg a. Rh.
San.-R. Dr. **C. Edel**, Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19.
Dr. **Max Edel**, Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19.
Prof. Dr. **Edinger**, Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.
Dr. **Hans Ehrcke**, Landesanstalt Uchtspringe (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **von Ehrenwall**, Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinprovinz).
Dr. **Alfr. Ehrhardt**, Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg, O.-Pr.
Dr. **R. Ehrhardt**, Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
Priv.-Doz. Dr. **Eichelberg**, Oberarzt, Göttingen, Nervenklinik.
Dr. **Karl Eisen**, Anstaltsarzt, Kreisanstalt Deggendorf (Niederbayern).
Dr. **Otto Elias**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).
Dr. **Encke**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern)
Dr. **H. Engelken**, Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
Dr. **H. Engelken**, Anstaltsarzt, Gardelegen (Altmark).
Dr. **Fr. Erck**, Oberarzt, Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
Geh. San.-R. Dr. **Erlenmeyer**, Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf bei Coblenz.
Dr. **van Erp-Taalmann-Kipp**, Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.
Dr. **Ewald**, Sek.-Arzt am städt. Siechenhaus zu Frankfurt a. M.
San.-R. Dr. **Fabricius**, Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Facklam**, Dir. d. Sanatorium Suderode a. H.
Dr. **Franz Falk**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Falkenberg,** Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.

Dr. **Faltlhauser,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).

Dr. **von Feilitsch,** Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.

Med.-R. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.

Geh. Obermed.-R. Dr. **Felgner,** Dresden-A., Hohe Straße 27.

Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Baden).

Med.-R. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).

Dr. **Osk. Fischer,** Priv.-Doz., Prag, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Germanus Flatau,** Anstaltsarzt, Dresden, Löbtauer Str. 35 I.

Dr. **Gust. Flügge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinpr.).

Priv.-Doz. Dr. **Rich. Förster,** Oberarzt, Bonn a. Rh., Prov.-Anst.

Dr. **J. Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Lankwitz bei Berlin.

Hofrat Dr. **Friedländer,** dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.

Geh. San.-R. Dr. **Fries,** Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.

Dr. **Früstück,** Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sa.

Dr. **Fr. Fuchs,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).

Dr. **Heinr. Fuchs,** dir. Arzt, Köln a. Rh., Städt. Irrenanstalt.

Med.-R. Dr. **W. Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).

Dr. **Fürer,** dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.

Dr. **Joh. Füth,** Arzt in Koblenz a. Rh.

Dr. **Gallus,** Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Leipziger Str. 18.

Geh. San.-R. Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt Dresden, Lüttichaustr. 25 II.

Prof. Dr. **Gaupp,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Geelvink,** Oberarzt d. städt. Anstalt, Frankfurt a. M.

Dr. **Fr. Geist,** Oberarzt, Landesanstalt Chemnitz-Altendorf.

Dr. **Gellhorn,** Theresienhof bei Goslar a. Harz.

Dr. **Fritz Gerlach,** Dir. d. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach,** Prov.-Anstalt Münster (Westf.).

Dr. **Otto Gerling,** Assist.-Arzt, Landeshospital Merxhausen, Reg.-Bez. Kassel.

San.-R. Dr. **Gerstenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim.

Dr. **Nik. Gierlich,** dir. Arzt des Kurhauses Wiesbaden.

San.-R. Dr. **Gigglberger,** Wasserheilanstalt Michelstadt (Odenwald).

San.-R. Dr. **Gock,** Dir. d. Prov.-Anstalt Landsberg a. W.

Dr. **Götze,** Landesanstalt Untergöltsch bei Rodewisch (Kgr. Sa.).

Priv.-Doz. Dr. **K. Goldstein,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

San.-R. Dr. **M. Goldstein,** Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.
San.-R. Dr. **Gottlob,** Godesberg a. Rh.
Dr. **O. Grahl,** Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.
Dr. **v. Grabe,** Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Geh. R. Prof. **von Grashey,** München, Prinzregentenstr. 18 II.
Dr. **Heinz Grau,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Dr. **Ad. Groß,** Dir. d. Rezirksanstalt Rufach (Elsaß).
Dr. **Rob. Groß,** Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Dr. **Großmann,** Oberarzt d. Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
Dr. **Clem. Gudden,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., Buschstr. 2.
Prof. Dr. **Hans Gudden,** München, Steinsdorfstr. 2.
Obermed.-R. Dr. **Günther,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Geh. Hofrat Dr. **Gutsch,** Karlsruhe, Hirschstr. 108.
Prof. Dr. **H. Gutzmann,** Zehlendorf, Johannisstr. 1.
Geh. Med.-R. Dr. **Haardt,** Dir. d. Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Haberkant,** Oberarzt, Bezirksanstalt Stephansfeld bei Brumath, Unterelsaß.
Med.-R. Dr. **Otto Habermaas,** Vorstandsmitglied der Versicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart.
Dr. **Ernst Hahn,** Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, Breslau XII., Einbaumstr.
Dr. **Kurt Halbey,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde i. Pomm.
Dr. **Erw. Harlander,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Werneck (Unterfr.).
Prof. Dr. **Fritz Hartmann,** Graz, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Hasche-Klünder,** Assist.-Arzt, Hamburg, Städt. Anstalt Friedrichsberg.
Dr. **H. Havemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Tapiau, O.-Pr.
Dr. **Hebold,** Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.
Dr. **Hegar,** Oberarzt, Landesanstalt Wiesloch (Baden).
Dr. **F. Hegemann,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein i. Westf.
Prof. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.
Dr. **R. Heiligenthal,** Baden-Baden, Sanat. Dr. Ebers.
Dr. **H. Heilemann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Bunzlau.
Dr. **W. Heinicke,** Strafanstaltsarzt, Waldheim (Kgr. Sa.).
Dr. **Heinke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Dr. **A. Heller,** Oberarzt, Waldbröl, Rb. Köln.
Dr. **von der Helm,** Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
Dr. **Herfeldt,** Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Hermkes,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **B. Herrmann,** Oberarzt, Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Herse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schwetz W.-Pr.
Dr. **Herting,** Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinprovinz).


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Herwig,** Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).
Dr. **M. Herzfeld,** Ruppichteroth, Kr. Sieg.
Dr. **Heß,** Oberarzt der Kahlbaumschen Privatanstalt Görlitz, Schillerstraße 14.
Geh. San.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Hinrichs,** Prov.-Anstalt Schleswig.
Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Jos. Hock,** Oberarzt, Kreisanstalten Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **Höniger,** Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.
Med.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
Geh. San.-R. Dr. **Höstermann,** Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard am Rhein.
Dr. **Imm. Hoffmann,** Prov.-Anstalt Altscherbitz b. Schkeuditz.
Dr. **Reinh. Hoffmann,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Bernh. Hollander,** London, 35a Welbeck Street, Cavendish Square.
Dr. **Holzen,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **Homburger,** Heidelberg, Psychiatr. Poliklinik.
Dr. **Hopf,** Oberarzt, Potsdam, Prov.-Anstalt f. Epileptische.
Dr. **Ad. Hoppe,** Oberarzt, Flammsche Privatanstalt zu Pfullingen (Württ.).
Dr. **J. Hoppe,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Uchtspringe (Prov. Sa.).
Dr. **Hornung,** dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.
Dr. **Horstmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Priv.-Doz. Dr. **Hübner,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Hüfler,** Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.
Dr. **Hügel,** Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Dr. **B. Huth,** Nervenarzt, Bonn a. Rh.
Dr. **G. Jänecke,** Abt.-Arzt, Osnabrück, Prov.-Anstalt.
Prof. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).
Dr. **Jaspersen,** Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).
Geh. San.-R. Dr. **Jastrowitz,** Berlin NW., Alt-Moabit 131.
Med.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Großh. Landes-Idiotenanstalt in Schwerin (Meckl.).
Dr. **Ilberg,** Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Dr. **Jühlke,** Anstaltsarzt, (Alt-)Strelitz, Landesanstalt.
Dr. **Kaes,** Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **Kahlbaum,** Dir. d. Privatanstalt Görlitz.
Dr. **Otto Kaiser,** 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.
San.-R. Dr. **Jak. Kayser,** Dir., Dziekanka b. Gnesen.
Dr. **S. Kalischer,** Schlachtensee, Kurhaus Hubertus.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Paul Kapff,** Friedrichshagen b. Berlin, Seestraße 44.

Med.-R. Dr. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpf.).

Dr. **A. Kellner,** Oberarzt, Landesanstalt Untergöltsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).

San.-R. Dr. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.

Dr. **Kerris,** Oberarzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).

Prof. Dr. **Kirchhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.

Dr. **Kleefisch,** Assist.-Arzt, Idiotenanstalt Huttrop b. Essen (Rheinpr.).

Dr. **Kleffner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).

San.-R. Dr. **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.

Dr. **Klewe,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).

Dr. **Klinke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).

Dr. **Klüber,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).

Dr. **O. Kluge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Potsdam.

Geh. San.-R. Dr. **Knecht,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).

Dr. **H. Knehr,** Nürnberg, Josephsplatz 10 II.

Dr. **Aug. Knoblauch,** Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.

Dr. **Knoerr,** Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).

San.-R. Dr. **Emil Koch,** Rinteln, Reg.-Bez. Kassel.

Dr. **Hans Koch,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).

Dr. **Köberlin,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).

Dr. **Hans Köhler,** Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).

Dr. **M. L. Köhler,** Sanat. Hainstein b. Eisenach.

Priv.-Doz. Dr. **A. Kölpin,** Prov.-Anstalt Bonn a. Rh..

Geh. Med.-R. Dr. **W. J. König,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.

Dr. **H. Körthe,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.

Dr. **Kohnstamm,** Königstein i. Taunus.

Dr. **G. Kolb,** Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).

Dr. **Wilh. Korte,** Ass.-Arzt, Eglfing b. München.

San.-R. Dr. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.

Priv.-Doz. Dr. **Fr. Kramer,** Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 21

Dr. **Kratz,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim (Großh. Hessen).

Dr. **Krause,** Stabsarzt, Berlin W. 50, Regensburger Str. 39.

Dr. **Krauß,** Dir. d. Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).

Med.-R. Dr. **Kraußold,** Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth.

Dr. **Krebs,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.

Obermed.-R. Dr. **Krell,** Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).

Dr. **Krimmel,** Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).

Dr. **Fritz Kroemer,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.

Geh. Med.-R. Dr. **Richard Kroemer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Konradstein bei Preuß.-Stargard.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Kufs,** Landesanstalt Hochweitzschen b. Westewitz (Kgr. Sa.).
Dr. **Kundt,** Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Dr. **Guido Kunze,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).
Dr. **Kurella,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., S.
Dr. **Kurz,** Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
Dr. **Lachmund,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
Dr. **Georg Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Prof. Dr. **Max Laehr,** Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Dr. **Martin Lahse,** Anstaltsarzt, Prov.-Anstalt Potsdam.
San.-R. Dr. **Gustav Landerer,** Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
San.-R. Dr. **Nik. Landerer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Hofrat Dr. **Paul Landerer,** Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Dr. **Joh. Lange,** dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer,** Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga,** Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassau).
San.-R. Dr. **Leop. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Lauenstein,** Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
Dr. **Erwin Lauschner,** Oberarzt, Treptow a. Rega, Prov.-Anstalt.
Dr. **F. Lehmann,** dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Obermed.-R. Dr. **G. H. Lehmann,** Dir. d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **R. Lehmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **K. Lemberg,** Oberarzt, Eglfing b. München.
Dr. **Leonhardt,** Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Leppmann,** Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
Dr. **Levinstein,** Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
Dr. **Max Lewandowsky,** Berlin W., Eichhornstr. 9.
Dr. **M. Liebers,** Assist.-Arzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Herm. Liebetrau,** Kreis-Ass.-Arzt, Hagen (Westf.).
Dr. **A. Lienau,** Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein,** Nervenarzt, Bad Nauheim.
Prof. Dr. **Hugo Liepmann,** Berlin W. 10, Matthäikirchstr. 16.
Dr. **K. Lindner,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).
Dr. **Alfr. Linke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Hofrat Dr. **Lochner,** Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
Dr. **H. Lößl,** Anstaltsarzt, Gabersee (O.-Baiern).
Dr. **Siegfried Löwenthal,** Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
Dr. **Löwenthal,** Berolinum zu Großlichterfelde b. Berlin.
Dr. **Max Löwy,** Nervenarzt, Marienbad i. B.
Dr. **Georg Lomer,** Oberarzt, Blankenhain i. Thür., Landesanstalt.
San.-R. Dr. **Joh. Longard,** dir. Arzt des Fürst-Carl-Landesspitals, Sigmaringen.
Dr. **Max Lubowski,** dir. Arzt, Wiesbaden, Kurhaus Nerotal.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Lückerath,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Lüdemann,** Assist.-Arzt, Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Lüderitz,** Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.
Dr. **Lullies,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **M. Lustig,** Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Prof. Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Prof. Dr. **Al. Margulies,** Prag.
Dr. **Marthen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Martin,** Hohe Mark b. Oberursel am Taunus.
Obermed.-R. Dr. **Matusch,** Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Med.-R. Dr. **Mayer,** Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh. Hessen).
Med.-R. Dr. **Mayser,** Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Kurt Mendel,** Nervenarzt, Berlin NW., Luisenstr. 21 II.
San.-R. Dr. **Mercklin,** Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pomm.).
Priv.-Doz. Dr. **L. Merzbacher,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Ernst Meyer,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Herm. Meyer,** Oberarzt. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Dr. **Eugen Möller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Paul Möller,** Nervenarzt, Grunewald b. Berlin, Hubertusallee 37.
Dr. **Friedr. Mörchen,** Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Mucha,** Dir. d. Privatanstalt Franz.-Buchholz b. Berlin.
Dr. **Ernst Müller,** Ass.-Arzt, Merxhausen b. Kassel.
Dr. **Hellm. Müller,** städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Jul. Müller,** 2. Arzt, Andernach, St. Thomas.
Dr. **Muermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Dr. **D. Munter,** Berlin C., Kaiser Wilhelmstr. 21.
Med.-R. Prof. Dr. **Näcke,** dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Nawratzki,** Privatanstalt Waldhaus bei Wannsee.
San.-R. Dr. **Cl. Neißer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Ernst Nenning,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Nerlich,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Westewitz (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Neuberger,** Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Neuendorff,** Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
San.-R. Dr. **H. Neuhaus,** dir. Arzt, Düsseldorf, Depart.-Anstalt.
Dr. **Neupert,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen.
Priv.-Doz. Dr. **Erwin Nießl von Mayendorf,** Leipzig, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Nißl,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche,** Oberarzt d. städt. Anstalt, Dresden, Löbtauer Str. 31.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Er. Noack,** Oberarzt, Teupitz (Kr. Teltow), Prov.-Anstalt.
Hofrat Prof. Dr. **Obersteiner,** Dir. der Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
Geh. San.-R. Dr. **Öbeke,** Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.
Dr. **Östreicher,** Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
Dr. **Ötter,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Ofterdinger,** Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg (Holst.).
Dr. **Alb. Oliven,** dir. Arzt, Berolinum, Großlichterfelde b. Berlin.
Dr. **Kurt Ollendorff,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.
Prof. Dr. **Oppenheim,** Berlin W., Lennéstr. 3.
Dr. **Oppermann,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
Dr. **Orthmann,** leit. Arzt der Prov.-Anstalt Köln-Lindenthal.
Dr. **Oßwald,** Dir. der Landesanstalt Alzey.
Med.-R. Dr. **Oster,** Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
San.-R. Dr. **Otto,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Geh. San.-R. Dr. **Paetz,** Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **M. Pappenheim,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Passow,** Nervenarzt, Meiningen.
Dr. **Peipers,** Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
Geh.-San.-R. Dr. **Peretti,** Dir. d. Prov.-Anst. Grafenberg b. Düsseldorf.
San.-R. Dr. **Petersen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel,** Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schles.).
Prof. Dr. **Pfister,** Wiesloch (Baden) Landesanstalt.
Hofrat Prof. Dr. **Pick,** Prag, Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Felix Plaut,** München, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Pohl,** leit. Arzt d. Kuranstalt Godeshöhe, Godesberg a. Rh.
Dr. **Pohlmann,** Oberarzt, Aplerbeck (Westf.), Provinzial-Heilanstalt.
Dr. **Art. Powels,** Anst.-Arzt, Kortau bei Allenstein.
Dr. **Prinzing,** Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **F. Probst,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Przewodnik,** Assist.-Arzt. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Dr. **Quaet-Faslem,** Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.
San.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.).
Dr. **C. von Rad,** Oberarzt d. Irrenabt. des Krankenhauses zu Nürnberg.
Prof. Dr. **Raecke,** Oberarzt d. Nervenklinik, Kiel, Niemannsweg 147.
Med.-R. Dr. **Rank,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
Dr. **Karl Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauserstr. 29.
Priv.-Doz. Dr. **Otto Ranke,** Assist.-Arzt, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Ransohoff,** Dir., Stephansfeld b. Brumath i. E.
Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Dr. **Otto Rehm,** städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.

San.-R. Dr. **Paul Rehm,** Sanat. Blankenburg a. Harz.

Dr. **Friedr. Reich,** Assist.-Arzt, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.

Priv.-Doz. Dr. **Martin Reichardt,** Würzburg, Hofstr. 9.

Med.-R. Dr. **J. Reichelt,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Westewitz (Mulde), Kgr. Sachsen.

Dr. **O. Rein,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Landsberg a. W.

Dr. **Reis,** Görlitz, Dr. Kahlbaums Privatanstalt.

Dr. **Reiß,** Assist.-Arzt, Tübingen, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.

Dr. **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.

Prof. Dr. **Reye,** Dir. a. D. d. Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hambur[g]

Med.-R. Dr. **Ribstein,** dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i. B[r]

Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.

San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.

Dr. **Riebeth,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.

Dr. **Rieder,** Oberstabsarzt, Koblenz a. Rh.

Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Rizor,** Abt.-Arzt, Langenhagen b. Hannover.

Dr. **Joh. Römer,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden)

Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald.

Dr. **Römheld,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim a. B. (Groß-Hessen).

Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.

Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein a. Elb[e]

Dr. **Rosenberg,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.

Prof. Dr. **Rosenfeld,** Oberarzt, Straßburg i. E., Psychiatr. Kl[inik]

Dr. **S. A. Rosenthal,** dir. Arzt d. Priv.-Anst. Sayn b. Koblenz.

Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).

Dr. **Roth,** Oberarzt im K. bayr. 23. Infant.-Reg., Landau (Pfalz)

Geh. San.-R. Dr. **Ruhbarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov. Westf.).

Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.)

Dr. **Runge,** Assist.-Arzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.

San.-Rat Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwer[in]

Dr. **Eug. Samuel,** Grunewald b. Berlin, Winklerstr. 24.

Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berl[in]

Dr. **Friedr. Sandner,** Oberarzt, Bezirksanstalt Rufach (Oberelsaß)

Dr. **Sauermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).

Med.-R. Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda S.-A.

San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.)

San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Friedrich Schaumburg,** dir. Arzt der rheinischen Priv.-Anstalt Waldbröl.

Dr. **Schauß,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.

Dr. **Schedtler,** Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).

Dr. **Scheiber,** Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).

Prof. Dr. **Scheven,** Rostock, Graf-Schack-Straße 1.

Dr. **Schilling,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.

Geh. San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.

Dr. **Adolf Schmidt,** Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).

Dr. **Al. Schmidt,** Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachs.).

Dr. **Alfr. Schmidt,** Oberarzt, Marsberg (Westf.), Prov.-Anstalt.

Dr. **Emil Schmidt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.

Dr. **Herm. Schmidt,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.

Dr. **Karl Schmidt,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).

Dr. **Kurt Schmidt,** Nervenarzt, Dresden-A., Walpurgisstr. 15.

San.-R. Dr. **Anton Schmitz,** Privatanstalt Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.

Dr. **Matthias Schmitz,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.

San.-R. Dr. **Ernst Schneider,** Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.

Dr. **Herm. Schneider,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).

Dr. **Reinh. Schneider,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Untergöltzsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).

Dr. **Hub. Schnitzer,** Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.

Dr. **Schönfeldt,** Privatanstalt Atgasen b. Riga.

Dr. **Scholinus,** Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breite Str. 18-19.

Dr. **Ludwig Scholz,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).

Dr. **Schott,** Dirig. Arzt der Priv.-Anstalt zu Stetten i. R. (Württ.).

San.-R. Dr. **Schreiber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).

San.-R. Dr. **Max Schroeder,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).

Prof. Dr. **Paul Schroeder,** Oberarzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Schroeder,** Assist.-Arzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sa.).

Dr. **Schubert,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Schuchardt,** Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.

Dr. **Walt. von Schuckmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Geh. R. Dr. **Schüle,** Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).

Dr. **Schürmann,** Oberarzt, Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).

Dr. **Schütte,** Anstaltsarzt, Bonn, Prov.-Anstalt.

Priv.-Doz. Dr. **Hugo Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.

Dr. **Otto Schütz,** Assist.-Arzt, Jena, Psychiatr. Klinik.

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Schulten,** dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbach (Rheinpr.).

Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Theodor Schulz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).

Obermed.-R. Dr. **Eugen Schulze,** Dir. d. Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).

Dr. **Oskar Schuster,** Arzt, Dresden, Bergstr. 52.

Dr. **Hans Schwabe,** Oberarzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.

Reg.- u. San.-R. Dr. **Jos. Schweighofer,** Dir. d. Landesanstalt Salzburg.

Dr. **M. Schwienhorst,** Abt.-Arzt, Warstein (Westf.).

Dr. **P. Seelig,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.

Dr. **Seifert,** Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.

Prof. Dr. **Seiffer,** Oberarzt, Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.

Dr. **M. Seige,** Ass.-Arzt, Jena, Psychiatr. Klinik.

San.-R. Dr. **Selle,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.

Dr. **Friedr. Sendtner,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

San.-R. Dr. **Serger,** Dir. d. Landesanstalt (Alt-) Strelitz.

Dr. **Max Sichel,** Assist.-Arzt, Frankfurt a. M., städtische Irrenanstalt.

Dr. **A. Siebert,** Oberarzt, Johannistal b. Süchteln (Rheinpr.).

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling,** Kiel, Psychiatr. Klinik.

San.-R. Dr. **Franz Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Dr. **Herm. Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).

Dr. **Rich. Sinn,** Dir. d. Privatheilanst. Neubabelsberg.

Prof. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.

Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt, städt. Anstalt Buch b. Berlin.

San.-R. Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov. Anstalt Lüneburg.

Dr. **Max Sommer,** 2. Arzt, Bendorf a. Rh., Dr. Erlenmeyersche Anstalten.

Prof. Dr. **Rob. Sommer,** Gießen, Psychiatr. Klinik.

Prof. Dr. **Specht,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.

Priv.-Doz. Dr. **Walt. Spielmeyer,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr. **Kurt Sprengel,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Neuruppin.

Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

Reg.-R. Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wien.

Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden-A., Struve-Straße 4.

Dr. **Ad. Steinhausen,** Generaloberarzt, Danzig.

Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).

Dr. **Rich. Stöckle,** Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).

Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt Bremen.

Dr. **Stöwesand,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).

San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein (O.-Pr.).

Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. **Wojislav Subotitsch,** Primararzt d. Kgl. Irrenanstalt zu Belgrad (Serbien).

Dr. **Fr. Taubert,** Ass.-Arzt, Lauenburg (Po.), Prov.-Anstalt.

Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).

Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.

Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.

Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.

Med.-R. Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).

Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn a. Rh., Kreuzbergweg 4.

Dr. **Thywißen,** leit. Arzt d. Anstalt St. Joseph, Neuß.

Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.

Dr. **Tippel,** dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.

Dr. **Heinr. Többen,** Arzt an der Strafanstalt Münster (Westf.).

Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.

San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.

Dr. **Fritz Ungemach,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Fritz Utz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.

Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.

Dr. **Franz Viedenz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.

Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Völker,** Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.

Prov. Dr. **Heinr. Vogt,** Frankfurt a. M., Neues Senckenbergsches Institut.

Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt,** Berlin W., Viktoriastr. 19.

Dr. **Vollheim,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).

Priv.-Doz. **W. von Voß,** Oberarzt, Greifswald, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Wachsmuth,** Oberarzt, städt. Anstalt Frankfurt a. M., Feldstraße 38.

Dr. **Alb. Wagner,** Bad Langenschwalbach, Sanatorium Paulinenberg.

Dr. **Mor. Wahn,** leit. Arzt der Alex.-Anstalt in Krefeld.

Dr. **Wahrendorff,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).

Dr. **Waldschmidt,** Stadtrat, Nikolassee, v. Luckstr. 13.

San.-R. Dr. **Walter,** Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.

Dr. **O. Walter,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.

Dr. **Wanke,** Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).

Dr. **Warda,** Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.

Priv.-Doz. Dr. **Wassermeyer,** Assist.-Arzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Wattenberg,** Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.

Prof. Dr. **Wilh. Weber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Göttingen.

Dr. **C. Wegener,** Prov.-Anstalt Niedermarsberg.

Dr. **Weichelt,** Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.

Dr. **Wilh. Weidenmüller,** Anstaltsarzt, Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).

Dr. **Carl Weiler,** Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

San.-R. Dr. **Julius Weiler,** Dir. d. Privatanstalt Charlottenburg-W e s t - e n d, Nußbaumallee 38.
Dr. **Weißenborn,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt S c h l e s w i g.
Dr. **Wende,** Oberarzt, K r e u z b u r g (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg,** Oberarzt, O s n a b r ü c k, Prov.-Anstalt.
San.-R. Dr. **Karl Werner,** Dir. d. Prov.-Anstalt O w i n s k (Posen).
Dr. **Paul Werner,** Oberarzt, Prov.-Anstalt A n d e r n a c h a. Rh.
Prof. Dr. **A. Westphal,** B o n n a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Westrum,** Assist-Arzt, Prov.-Anstalt W a r s t e i n (Westf.).
Dr. **Albrecht Wetzel,** H e i d e l b e r g, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Weyert,** Oberarzt, S p a n d a u, Festungsgefängnis.
Prof. Dr. **W. Weygandt,** Dir. der Staatsanstalt Friedrichsberg bei H a m b u r g.
Dr. **Wichmann,** Arzt, Pyrmont.
Dr. **Karl Wickel,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. M e s e r i t z (Posen).
Dr. **E. Wiehl,** Oberarzt, Landesanstalt S c h u s s e n r i e d (Württ.).
Dr. **Wilhelmy,** Oberarzt, B o n n, Dr. Herzsche Priv.-Anstalt.
Priv.-Doz. Dr. **Karl Wilmanns,** H e i d e l b e r g, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Winckler,** Oberarzt, Prov.-Anstalt O w i n s k (Posen).
Dr. **Fel. Winkler,** Oberarzt, Landesanstalt S o n n e n s t e i n b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Witte,** Oberarzt, Prov.-Anstalt G r a f e n b e r g b. Düsseldorf.
Dr. **Wörnlein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt S o r a u N.-L.
Dr. **Otto Wolff,** Privatanstalt K a t z e n e l n b o g e n (Nassau).
Dr. **Henry Wolfskehl,** Ass.-Arzt, Landesanstalt W e i n s b e r g.
Prof. Dr. **Wollenberg,** S t r a ß b u r g i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer,** Dir. d. Nervenheilanstalt Kleischer Wald b. A u ß i g (Böhmen).
Med.-R. Dr. **Würschmidt,** Dir. d. Kreisanstalt E r l a n g e n.
Dr. **Würzburger,** Privatanstalt Herzogshöhe b. B a y r e u t h.
San.-R. Dr. **Zacher,** B a d e n - B a d e n, Sanat. Ebers.
Dr. **Theodor Zahn,** Nervenarzt, S t u t t g a r t, Schloßstr. 40.
Geh. San.-R. Dr. **Zander,** Dir. d. Prov.-Anstalt R y b n i k, O.-Schl.
Dr. **Ed. Zenker,** 2. Arzt, Privatanstalt Bergquell b. S t e t t i n.
Geh. San.-R. Dr. **Wilh. Zenker,** Dir. d. Privatanstalt Bergquell bei S t e t t i n.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen,** B e r l i n W., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Ziertmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt B u n z l a u (Schlesien).
Dr. **R. Zimmermann,** Assist.-Arzt, H a m b u r g - L a n g e n h o r n, Staatsanstalt.
Dr. **Karl Zinn,** Dir. d. Prov.-Anstalt E b e r s w a l d e.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ihres Titels oder Aufenthaltsortes dem Schriftführer mitzuteilen.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

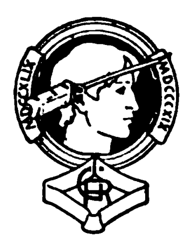
BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

SECHSUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1909

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1908

REDIGIERT

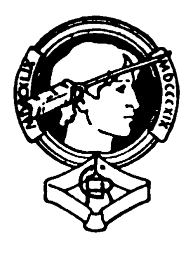
VON

OTTO SNELL
LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 66. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1909


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

1. Psychologie und Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

1. *Aall*, *A.*, Zur Frage der Hemmung bei der Auffassung gleicher Reize. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 47, S. 1—114.
2. *Aall*, *A.*, Über den Maßstab beim Tiefensehen in Doppelbildern. Ebenda. Bd. 49, S. 108—127 u. 161—205.
3. *Alrutz*, *S.*, Untersuchungen über die Temperatursinne. Ebenda. Bd. 47, S. 161—203 u. 241—286.
4. *Alrutz*, *S.*, Die Funktion der Temperatursinne in warmen Bädern. Ebenda. Bd. 48, S. 385—396
5. *Arps*, *C. F.*, Über den Anstieg der Druckempfindung. Psycholog. Stud. Bd. 4, S. 431—471.
6. *Aster*, *E. v.*, Die psychologische Beobachtung und experimentelle Untersuchung von Denkvorgängen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 49, S. 56—107.
7. *Becher*, *E.*, Energieerhaltung und psychologische Wechselwirkung. Ebenda. Bd. 48, S. 406—420. (S. 9*.)
8. *Becher*, *E.*, Über die Sensibilität der inneren Organe. Ebenda. Bd. 49, S. 341—373. (S. 12*.)
9. *Benussi*, *V.*, Zur experimentellen Analyse des Zeitvergleichs. 2. Erwartungszeit und subjektive Zeitgröße. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 13, S. 71—139.
10. *Berger*, *H.*, Über periodische Schwankungen in der Schnelligkeit der Aufeinanderfolge willkürlicher Bewegungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 50, S. 321—331.
11. *Boer*, *de T. J.*, Zur gegenseitigen Wortassoziation. Ebenda. Bd. 48, S. 397—405. (S. 14*.)

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

12. *Boltunow, A.*, Über die Sehschärfe im farbigen Licht. Ebenda. II. Abt., Bd. 42, S. 359—372.

13. *Boswell, F. B.*, Über die zur Erregung des Sehorgans in der Fovea erforderlichen Energiemengen. Ebenda. Bd. 42, S. 299 bis 312.

14. *Breuer, J.*, Über *Ewalds* Versuch mit dem „pneumatischen Hammer" (Bogengangapparat). Ebenda. Bd. 42, S. 373—378.

15. *Bühler, K.*, Tatsachen und Probleme zu einer Psychologie der Denkvorgänge. 2. Über Gedankenzusammenhänge. 3. Über Gedankenerinnerungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 12, S. 1—92.

16. *Bühler, K.*, Nachtrag. Antwort auf die von *W. Wundt* erhobenen Einwände gegen die Methode der Selbstbeobachtung an experimentell erzeugten Erlebnissen. Ebenda. Bd. 12, S. 93—123. (S. 10*/11*.)

17. *Burmester, L.*, Theorie der geometrisch-optischen Gestalttäuschungen (2. Mitteilung mit einer lithographierten und einer Lichtdrucktafel.) Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 50, S. 219—274.

18. *Cordeiro, F. I. B.*, Über Farbenempfindung. Ebenda. 2. Abt., Bd. 42, S. 379—391.

19. *Deuchler, G.*, Beiträge zur Erforschung der Reaktionsformen. Psychol. Studien. Bd. 4, S. 353—430.

20. *Dürr, E.*, 3. Kongreß für experimentelle Psychologie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 48, S. 117—136.

21. *Dürr, E.*, Über die experimentelle Untersuchung der Denkvorgänge. Ebenda. Bd. 49, S. 313—340.

22. *Eggert, B.*, Untersuchungen über Sprachmelodie. Ebenda. Bd. 49, S. 218—237.

23. *Ernst, Ch.*, Hielt *Descartes* die Tiere für bewußtlos? Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 433—444.

24. *Feilchenfeld, H.*, Über den Blendungsschmerz. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 313—348.

25. *Fischer, A.*, Über Reproduzieren und Wiedererkennen bei Gedächtnisversuchen. Ebenda. I. Abt., Bd. 50, S. 62—92. (S. 14*/15*.)

26. *Freund, E.*, Zur Lehre vom binokularen Sehen. Ebenda. II. Abt., Bd. 43, S. 1—16.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27. *Frischeisen-Köhler*, *M.*, Über die psychologischen und logischen Grundlagen des Bewegungsbegriffes. Ebenda. I. Abt., Bd. 46, S. 334—344.

28. *Fujita*, *T.*, Versuche über die Lichtempfindlichkeit der Netzhautperipherie unter verschiedenen Umständen. Ebenda. II. Abt., Bd. 43, S. 243—254.

29. *Gheorgov*, *I. A.*, Ein Beitrag zur grammatischen Entwicklung der Kindersprache. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 242—432.

30. *Golant*, *R.*, Über das Licht der Nernstlampen und seine Verwendung zu physiologisch-optischen Zwecken. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43, S. 69—75.

31. *Groos*, *K.*, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Ebenda. I. Abt., Bd. 49, S. 393—413.

32. *Grünbaum*, *A. A.*, Über die Abstraktion der Gleichheit. Ein Beitrag zu Psychologie der Relation. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 12, S. 340—478. (S. 16*/17*.)

33. *Guttmann*, *A.*, Untersuchungen über Farbenschwäche (Fortsetzung). Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43, S. 146—162, 199—223 u. 255—296.

34. *Hellpach*, *W.*, Unbewußtes oder Wechselwirkung. Eine Untersuchung über die Denkmöglichkeit der psychologischen Deutungsprinzipien. Ebenda. I. Abt., Bd. 48, S. 238—258 u. 321—384. (S. 9*/10*.)

35. *Hennig*, *R.*, Beiträge zur Psychologie des Doppel-Ichs. Ebenda. Bd. 49, S. 1—55.

36. *Henius*, *K.*, Die Abhängigkeit der Lichtempfindlichkeit von der Flächengröße des Reizobjektes unter den Bedingungen des Tagessehens und des Dämmerungssehens. Ebenda. II. Abt., Bd. 43, S. 99—122.

37. *Herbertz*, *R.*, Bewußtsein und Unbewußtes. Untersuchung über eine Grenzfrage der Psychologie mit historischer Einleitung. 239 S. Köln (M. Dumont-Schauberg).

38. *Heymans*, *G.*, und *Wiersma*, *E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. 4. Art. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 46, S. 321 bis 333.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

39. *Hoeven I. L. van der*, Über das Empfinden gewisser Dickenunterschiede. Ebenda. II. Abt., Bd. 43, S. 168—186.

40. *Kästner*, *A.*, und *Wirth*, *W.*, Die Bestimmung der Aufmerksamkeitsverteilung innerhalb des Sehfeldes mit Hilfe von Reaktionsversuchen (Schluß). Psychol. Studien. Bd. 4, S. 139 bis 200.

41. *Katz*, *D.*, und *Révész*, *G.*, Experimentell-psychologische Untersuchungen mit Hühnern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 50, S. 93—116. (S. 15*/16*.)

42. *Kirschmann*, *A.* und *Dix*, *D. S.*, Experimentelle Untersuchung der Komplementärverhältnisse gebräuchlicher Pigmentfarben. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 128—146.

43. *Kirschmann*, *A.*, Über die Erkennbarkeit geometrischer Figuren und Schriftzeichen im indirekten Sehen. Ebenda. Bd. 13. S. 352—388. (S. 13*/14*.)

44. *Klemm*, *O.*, Bericht über den 3. Kongreß für experimentelle Psychologie in Frankfurt a. M. vom 22.—25. April 1908. Ebenda. Bd. 12, S. 546—568.

45. *Klemm*, *O.*, Untersuchung über den Verlauf der Aufmerksamkeit bei einfachen und mehrfachen Reizen. Psychol. Studien. Bd. 4. S. 283—352.

46. *Koch*, *E.*, Über die Geschwindigkeit der Augenbewegungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 13, S. 196—253.

47. *Koffka*, *K.*, Untersuchungen an einem protanomalen System. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43. S. 123—145.

48. *Köllner*, Monochromatisches Farbensystem als Reduktionsform angeborener Dichromasie. Ebenda. S. 163—167.

49. *König*, *B.*, Die Funktion der Netzhaut bem Sehakte. Eine biophysikalische Hypothese. Ebenda. Bd. 42, S. 424—436.

50. *Kries*, *I. v.*, Über ein für das physiologische Praktikum geeignetes Verfahren zur Mischung reiner Lichter. Ebenda. Bd. 43. S. 58—68.

51. *Krüger*, *F.*, Die Theorie der Konsonanz. Eine psychologische Auseineindersetzung vornehmlich mit *C. Stumpf* und *Th. Lipps*. 3. Mitteilung. Psychol. Studien. Bd. 4, S. 201—282.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

52. *Langfeld*, *H. S.*, Lichtempfindlichkeit und Pupillenweite. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 349—358.

53. *Laub*, *I.*, Über das Verhältnis der ebenmerklichen zu den übermerklichen Unterschieden auf dem Gebiet der optischen Raumwahrnehmung. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 12, S. 312—339. (S. 12*/13*.)

54. *Legowski*, *L. Wl.*, Beiträge zur experimentellen Ästhetik. Ebenda. S. 236—311. (S. 12/13.)

55. *Leontowitsch*, *A.*, Das *Weber-Fechner*sche Gesetz bei Reizung der Haut durch den intermittierenden elektrischen Strom. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt. Bd. 43, S. 1757. (S. 13*.)

56. *Liebermann*, *P. v.*, und *Révész*, *G.*, Über Orthosymphonie. Beitrag zur Kenntnis des Falschhörens. Ebenda. I. Abt., Bd. 48, S. 259—275.

57. *Linke*, *P.*, Meine Theorie der stroboskopischen Täuschungen und *Karl Marbe*. Ebenda. Bd. 47, S. 203—219.

58. *Lipmann*, *O.*, Eine Methode zur Vergleichung von zwei Kollektivgegenständen. Ebenda. Bd. 48, S. 421—431.

59. *Lipmann*, *O.*, Ein neuer Expositions-Apparat mit ruckweiser Rotation für Gedächtnis- und Lern-Versuche. Ebenda. Bd. 49, S. 270—277

60. *Lobsien*, *M.*, Über Schätzung kurzer Zeiträume durch Schulkinder. Ebenda. Bd. 50, S. 332—380.

61. *Lucka*, *E.*, Das Problem einer Charakterologie. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 212—241.

62. *Maltzew*, *C. v.*, Über individuelle Verschiedenheit der Helligkeitsverteilung im Spektrum. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43, S. 76—98.

63. *Marbe*, *K.*, *W. Wundt*s Stellung zu meiner Theorie der stroboskopischen Erscheinungen und zur systematischen Selbstwahrnehmung. Ebenda. I. Abt., Bd. 46, S. 345—362.

64. *Marbe*, *K.*, Bemerkungen zu Herrn Professor *W. Wirth*s „Erwiderung“. Ebenda. Bd. 47, S. 291—292.

65. *Marbe*, *K.*, Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn *P. Linke*. Ebenda. S. 321.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

66. *Marbe*, *K.*, Über die Verwendung rußender Flammen in der Psychologie und deren Grenzgebieten. Ebenda. Bd. 49, S. 206—217.

67. *Menderer*, *O.*, Raumtäuschungen des Tastsinns bei anormaler Lage der tastenden Organe. Psychol. Studien. Bd. 4, S. 76—138.

68. *Menzerath*, *P.*, Die Bedeutung der sprachlichen Geläufigkeit oder der formalen sprachlichen Beziehung für die Reproduktion. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 48, S. 1—96. (S. 14*.)

69. *Müller*, *A.*, Über psychophysische Wechselwirkung und das Energieprinzip. Ebenda. Bd. 47, S. 115—140. (S. 9*.)

70. *Müller*, *A.*, Zur Frage der Referenzflächen. Ebenda. Bd. 47, S. 287—290.

71. *Müller*, *A.*, Zur Geschichte und Theorie des Telegrammarguments in der Lehre von der psychophysischen Wechselwirkung. Ebenda. Bd. 49, S. 440—445.

72. *Müller-Freienfels*, *R.*, Individuelle Verschiedenheiten in der Kunst. Ebenda. Bd. 50, S. 1—61.

73. *Nagel*, *W.*, Über typische und atypische Farbensinnstörungen nebst einem Anhang: Eine Erwiderung an Herrn Dr. *A. Guttmann*. Ebenda. II. Abt., Bd. 43. S. 299—314.

74. *Ohmann*, *M.*, Über eine ophthalmologisch interessante Beobachtung. Ebenda. Bd. 43, S. 241—242.

75. *Pick*, *A.*, Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Ebenda. I. Abt., Bd. 50, S. 275—288.

76. *Plaßmann*, *I.*, Astronomie und Psychologie. Ebenda. Bd. 49, S. 254—269.

77. *Reinhard*, *E.*, Der Ausdruck von Lust und Unlust in der Lyrik. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 12, S. 481—545.

78. *Ruppert*, *L.*, Ein Vergleich zwischen dem Distinktionsvermögen und der Bewegungsempfindlichkeit der Netzhautperipherie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnsorg. II. Abt., Bd. 42, S. 409—423.

79. *Salling*, *G.*, Assoziative Massenversuche. Ebenda. I. Abt., Bd. 49, S. 238—253.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

80. *Salow*, *P.*, Der Gefühlscharakter einiger rhythmischer Schallformen in seiner respiratorischen Äußerung. Psychol. Studien. Bd. 4, S. 1—75.

81. *Samojloff*, *A.*, Demonstration der objektiven Farbenmischung. Ztschr. f. Psychol u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 43, S. 237—240.

82. *Saxinger*, *R.*, Gefühlssuggestion und Phantasiegefühl. Ebenda. Bd. 46, S. 401—428.

83. *Schallmayer*, *W.*, Zur Abwehr. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11. S. 208—209.

84. *Scheinert*, *M.*, *Wilhelm v. Humboldts* Sprachphilosophie. Ebenda. Bd. 13, S. 141—195.

85. *Scholl*, *K.*, Versuche über die Einführung von Komplexen in die Assoziationen von Gesunden und Geisteskranken. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten (herausg. von R. Sommer). 3. Bd., 3. Heft, 39 S.

86. *Schultze*, *O. F. E.*, Einige Hauptgesichtspunkte der Beschreibung in der Elementarpsychologie. 3. Über Organempfindungen und Körpergefühle (Dynamien). Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 147—207.

87. *Schultze*, *O. F. E.*, Beitrag zur Psychologie des Zeitbewußtseins. Ebenda. Bd. 13, S. 275—351.

88. *Segal*, *J.*, Über den Reproduktionstypus und das Reproduzieren von Vorstellungen. Ebenda. Bd. 13, S. 124—235.

89. *Sternberg*, *W.*, Die Schmackhaftigkeit und der Appetit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43, S. 224 bis 236.

90. *Sterneck*, *R. v.*, Das psychophysische Gesetz und der Minimal-Sehraum. Ebenda. I. Abt., Bd. 48, S. 96—116.

91. *Störring*, *G.*, Experimentelle Untersuchungen über einfache Schlußprozesse. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 1—127. (S. 17*/18*.)

92. *Stücker*, *N.*, Über die Unterschiedsempfindlichkeit für Tonhöhen in verschiedenen Tonregionen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 392—408.

93. *Vierkandt*, *A.*, Erwiderung auf die vorstehende Abwehr (s. Nr. 83). Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 209—210.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

94. *Warstat, W.*, Das Tragische. Eine psychologisch-kritische Untersuchung. Ebenda. Bd. 13, S. 1—70.
95. *Welcke*, Einheit und Einheitlichkeit. Ebenda. Bd. 13, S. 254—274.
96. *Wiegand, C. F.*, Untersuchungen über die Bedeutung der Gestaltqualität für die Erkennung von Wörtern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 48, S. 161—237. (S. 14*.)
97. *Wirth, W.*, Erwiderung gegen K. Marbe. Ebenda. Bd. 46, S. 429—438.
98. *Witasek, St.*, Zur Lehre von der Lokalisation im Sehraum. Ebenda. Bd. 50, S. 161—218.
99. *Witasek, St.*, Grundlinien der Psychologie. Philosophische Bibliothek. Bd. 115. (Leipzig, Dürr.) 392 S. (S. 8*/9*.)
100. *Wölfflin, E.*, Untersuchungen über den Fernsinn der Blinden. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 43. S. 187—198.
101. *Wundt, W.*, Kritische Nachlese zur Ausfragemethode. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 11, S. 445—459. (S. 11*/12*.)

Unter den angeführten Abhandlungen über allgemeine psychologische Probleme verdient in erster Reihe das unter Nr. 99 erwähnte Buch *Witaseks* Beachtung. Es zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Jener bestimmt zunächst als Gegenstand der Psychologie die seelischen Tatsachen, während die Annahme, die Psychologie habe es mit den Erlebnissen nach ihren subjektiven Eigenschaften zu tun, ebenso wie die, daß die „Seele" Gegenstand der Psychologie sei, abgewiesen wird. Das Verhältnis von Leib und Seele zueinander kann durch Kausalität, d. h. Sukzession (Wechselwirkung) oder Coexistenz (Identität, prästabilierte Harmonie und psychophysischer Parallelismus) erklärt werden; Verf. durchmustert eingehend die Gründe für und gegen jede dieser Theorien, hält keine für gesichert, lehnt die der Identität völlig ab, erklärt die der pästabilierten Harmonie als ungehörig in eine Erfahrungswissenschaft, und neigt am meisten noch zu der der Wechselwirkung hin. In den folgenden Ausführungen über „Seele, Ich und Unbewußtes" wird die Annahme einer Seelensubstanz seltsamerweise nicht etwa abgewiesen, vielmehr als die notwendige Hilfshypothese des psychophysischen Parallelismus und als beste Erklärung der Tatsachen des Ich-Bewußtseins hingestellt; auch gibt es keine unbewußten psychischen Tatsachen, diese sind vielmehr reale Dispotionsgrundlagen, z. B. Fertigkeiten. Fähigkeiten, deren Träger das Ich ist; zwischen Bewußtsein und Bewußtheit, oder zwischen den aktuellen psychischen Tatsachen und dem Wissen um sie ist also wohl zu unterscheiden. — Die Einteilung der psychischen Tatsachen erfolgt unter dem Gesichtswinkel der Grundgebilde, z. B. Vorstellungen, Prozesse, z. B. Vergleichen, und Dispositionen, z. B. Fähigkeiten; die Dis-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

positionen sind aber den bei den ersteren nicht etwa nebengeordnet, vielmehr nichts Reales, nur „Kausalrelationsfälle". Es wird ferner zwischen Akt und Inhalt z. B. einer Vorstellung unterschieden. Die psychischen Grundgebilde sind entweder intellektuelle oder emotionelle; jene zerfallen in Vorstellungen und Gedanken (z. B. Urteile), diese in Gefühle und Begehrungen. Die psychischen Prozesse sind Aktivität und Passivität oder Tätigkeiten, z. B. Schließen. und Vorgänge, z. B. Assoziation. Den Schluß des allgemeinen Teils bilden Bemerkungen über Aufgabe und Methode, in denen das Experiment als eines der wichtigsten Hilfsmittel der psychologischen Forschung anerkannt wird. — Der spezielle Teil handelt zunächst vom Geistesleben, d. h. den intellektuellen Tatsachen, wobei zu den Vorstellungen auch die Empfindungen gerechnet und neben reproduzierten Vorstellungen, z. B. der Erinnerung noch produzierte, z. B. die der Ähnlichkeit angenommen werden. Die einzelnen Sinnesgebiete werden besprochen, unter Einschluß der „Raum- und Zeitempfindungen". Als „Gedanken" werden behandelt das Urteil, die Aufmerksamkeit und Abstraktion, die Annahme. Es folgt die Lehre der Gefühle und Begehrungen. D n Schluß bildet ein Literaturverzeichnis und Sachregister. — Mit dem Verhältnis von Leib und Seele beschäftigt sich auch *Becher* (Nr. 7), der die Einwände gegen seine früheren Ausführungen über dieses Thema zu widerlegen sucht und zu dem Resultate gelangt: „Die empirische Bestätigung des Energieerhaltungssatzes spricht für den Parallelismus. Sie läßt sich auch mit der Wechselwirkungslehre zusammenreimen, doch sind dann Annahmen erforderlich, die man nicht anderweitig fest begründen oder verständlich machen kann." — *A. Müller* (Nr. 69) dagegen hält alle bisherigen Versuche, das Energieprinzip mit der Theorie der Wechselwirkung in Einklang zu bringen, für gescheitert. Der „psychologische Typ" (*v. Grot*, *Stumpf*, *Oswald*, *Külpe* u. a.), der das Seelische gleich dem Physischen als Energie fassen will, ebenso der „physische" (*Busse*), der das Energieprinzip nur als Äquivalenzprinzip, nicht als Konstanzprinzip gelten lassen will, sind durch die Versuche *Attvaters* und *Rubners* widerlegt; denn nach diesen gilt das Prinzip der geschlossenen Naturkausalität und das Konstanzprinzip für das gesamte Universum. Aber auch der „funktionale Typ" (*Geyser* und *Becher*), der durch eine besondere Vorstellung vom Wirken der Seele ein psychisches Wirken auf physische Reihen für möglich hält, ohne daß innerhalb des Gesamtsystems des Organismus die Summe der Energie vermehrt oder vermindert würde, leidet an einem inneren Widerspruch. Bis uns also „die geheimnisvollen Kräfte, die unter der Oberfläche der Natur schaffen, wieder eimal mit anderen Augen haben sehen gelehrt", bleibt die Stellung der Wechselwirkung zum Energieprinzip ein „Rätsel". — In einer anderen, mehr spekulativen, stellenweise sogar feuilletonistischen Weise behandelt das gleiche Problem *Hellpach* (Nr. 34), um der Wechselwirkung das Wort zu reden. Schon der Begriff des Unbewußten, das der Parallelismus notwendig annehmen muß, ist ein sehr vieldeutiger; wie *H.* nachzuweisen sucht, ist er in acht verschiedenen Bedeutungen in Gebrauch, als: Unerinnertes, Unbezwecktes, Unbemerktes, Mechanisiertes, Reproduzibles, Produktives, psychisch Reales und Absolutes. Der Parallelismus ist demgemäß „Eine metaphysische Denkmöglichkeit, die trotz praktischer



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Denkschädlichkeit sich zeitweilig als theoretische Denknützlichkeit erwies". Heute ist es aber mit dieser Denknützlichkeit vorüber, und die Wechselwirkungslehre verdient den Vorzug. Dies vermag der Verf. aber nur durch einige sehr sonderbare Annahmen plausibel zu machen. So soll allerdings das Seelische an das Körperliche gebunden sein, aber dies bedeutet nicht, „daß jedem seelischen Erlebnis ein physischer Vorgang entspreche", sondern nur „die Erfahrung der Durchgängigkeit" der Beziehung zwischen Physischem und Psychischem. Wenn trotzdem zuweilen rein seelische Kausalbeziehungen angenommen werden, so liegt dies nur daran, daß jeweils nur die „wesentliche" Ursache ermittelt wird: jeder psychophysisch verbundene Vorgang hat zugleich physische und psychische Ursachen und Wirkungen, aus denen bald die einen, bald die anderen, je nach dem Deutungsbedürfnis, ausgewählt werden. Mit der naturwissenschaftlichen Theorie ist die Wechselwirkung nur dann unvereinbar, wenn jene kinetisch gestaltet wird; aber diese ist durchaus nicht die einzig mögliche, wie z. B. die energetische zeigt. Die „Idee" der Energieerhaltung wird nicht ewig dauern. Auch stört sie gar nicht. Allerdings, die Wechselwirkung schließt eine Vermehrung der seelischen Energie bei Erhaltung der materiellen aus, aber jene Vermehrung ist eine unberechtigte Annahme. Ja selbst Naturwissenschaften drängen zur Wechselwirkungslehre, so die Entwicklungslehre, die Biologie, für die das kinetische Denken irrelevant ist. In die gleiche Richtung drängt die Geschichte. Aber Geschichte und Biologie verbinden Unbewußtes und Wechselwirkung. Das gleiche kann auch die Psychologie tun; diese Verbindung ist denkmöglich und vielleicht auch denknützlich. Der Parallelismus ist dann aber nur noch als metaphysische Formel für den Zusammenhang des Psychischen und Physischen möglich; denknützlich war er nie, logisch denkunmöglich war er stets.

Der bereits im vorjährigen Bericht erwähnte Streit zwischen *Wundt* und *Bühler* über die Methoden der Psychologie findet in den unter Nr. 16 u. 101 genannten Abhandlungen seine Fortsetzung. *Bühler* sucht zunächst in bezug auf die Methode nachzuweisen, daß die Überraschung durch die Frage und die Störung durch den Versuchsleiter eine Konstruktion *Wundts* sei, gegen deren Berechtigung die Aussagen seiner psychologisch wohl geschulten Versuchspersonen sprechen; diese waren wie bei jedem psychologischen Experiment durch das Signal zum mindesten auf das Allgemeine eingestellt. Die Selbstbeobachtung war nicht unmöglich, da sie retrospektiv erfolgt; sie ist ferner stets nötig, falls nicht eigene Erklärungsversuche des Versuchsleiters für sie eintreten sollen. Die planmäßige Variation war verwirklicht vom Bewußtsein des Versuchsleiters aus, der irgendwie wußte, was durch seine Frage in der Versuchsperson erfolgen wird, wenn auch die Frage nur eine Teilbedingung hiervon darstellt und die andere in der Psyche der Versuchsperson gelegen ist; *Wundt* übersieht die determinierende Kraft der Aufgabe. So zielte eine Versuchsreihe mit Erfolg darauf hin, sinnliche Vorstellungen zu erzeugen; in der nämlichen Weise ließen sich bestimmte Arten des Beziehungsbewußtseins, das Auftreten von Begriffserinnerungen usw. untersuchen. All dies gälte sogar dann, wenn es sich nur um neugebildete Gedanken handelte, die ja auch nicht der Gesetzmäßigkeit spotten; in den ausgeführten Versuchen spielten aber Reproduktionen eine sehr große Rolle. Auch die Wiederholung war möglich,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denn sie ist nicht an die Identität der Inhalte gebunden: derselbe Gedanke, z. B. dieselbe Beziehung ist an vielen Fällen verwirklicht. Ebenso ist die Inangriffnahme komplexer Vorgänge vor Erforschung der zugrunde liegenden einfachen kein berechtigter Vorwurf. Die Hinstellung der Denkprozesse als sehr komplexer Vorgänge ist zunächst nur ein unbegründetes sensualistisches Dogma. Schwierigkeit und Komplexität ferner decken sich nicht. Die Schwierigkeit der retrospektiven Beobachtung ist drittens keineswegs proportional der der Aufgabe; zuweilen waren sehr wenige Gedanken im Bewußtsein, und schwierig war höchstens die Beschreibung durch das Fehlen passender Worte. Jedenfalls ist die von *Wundt* für die Erforschung der Denkprozesse vorgeschlagene Zufalls-Beobachtung doch weniger leistungsfähig als die methodische. Auch die Völkerpsychologie ist nur eine indirekte Forschung, die immer durch die direkte ihre Bestätigung oder wenigstens Analogie erhalten muß; nicht die Methoden, sondern die Ergebnisse müssen kombiniert werden. — Was die Ergebnisse anlangt, so will *Bühler* es nicht zugeben, daß er den Gedanken als undefinierbar, als beziehungslos zu anderen seelischen Erlebnissen, z. B. Vorstellungen, ansehe; ja die Ermittlung von Unterscheidungsmerkmalen zwischen den einzelnen Gedanken sei eins der Ziele seiner Versuche. Der Satz, daß der Gedanke nicht „notwendig“ der Anschauungsfundamente bedürfe, — mehr will *B.* nicht behauptet haben — beziehe sich natürlich nur auf das klar Bewußte; nur für einzelne Gedanken sei auf Grund der Aussagen der Versuchsperson die sinnliche Vorstellung auch im Hintergrunde des Bewußtseins verneint worden; zeigten doch selbst die Erinnerungsversuche nichts von dieser. — Die *Wundt*sche Zurückführung der Gedanken auf ein Totalgefühl endlich bedingt eine große Mannigfaltigkeit der Gefühle, widerspricht der Charakterisierung der Gefühle durch *Wundt*, insofern gerade das anschauungslose Denken sich als Gegenstandsbewußtsein darstellt. — In seiner Erwiderung betont *Wundt* zunächst, daß er seine Einwände gegen das Ausfrageexperiment nicht an seinem Schreibtische, sondern auf Grund eingehender Reaktionsversuche erhob; die Würzburger Psychologen sind zwar offenbar „Ausnahmemenschen“, die sich durch Anwesenheit dritter Personen bei geistigen Arbeiten nicht stören lassen, aber auf solche läßt sich doch keine allgemeine Methode stützen, auch sind selbst bei ihnen doch wohl die Störungen nur der Selbstbeobachtung entgangen. Das Signal beseitigt keineswegs die Überraschung durch die Frage. Daß die Versuchspersonen ihre Angaben auf Grund der Erinnerung machten, schließt nicht aus, daß sie sich, entsprechend der Instruktion, während des Denkaktes beobachten mußten und sollten, zumal um der Unsicherheit der Erinnerung möglichst zu steuern. *Bühler* kennt offenbar die Psychologie der Erinnerungsversuche nicht, sonst würde er sich auch nicht auf seine Erinnerungsversuche bei der Eruierung des dunkel Bewußten berufen haben. Wenn nach *Bühler* längere und kompliziertere Gedankenreihen als relativ kurze und einfache beobachtet wurden, so rührt dies eben gerade von den gehäuften Erinnerungsstörungen her und bestätigt ihren großen Einfluß. Der Einwand *Bühlers* gegen die Bedeutung des Totalgefühls für das Denken ignoriert die Beziehung dieses Gefühls zu dem Umfang des Bewußtseins; wie immer, so ist eben auch hier das Gefühl an Vorstellungen gebunden und erhält so seine qualitative Bestimmung.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schließlich wirft *Wundt Bühler* vor, daß er die Grenzen zwischen Logik und Psychologie nicht kenne. —

Aus den zahlreichen Arbeiten über die Empfindungen hebe ich als psychologisch interessant zunächst heraus die unter Nr. 8 angeführte Abhandlung *Bechers*. Nach ihr ist die erkrankte Speiseröhre druck- und schmerzempfindlich, die gesunde für Kälte-, Wärme- und Druckreize empfindlich, allerdings mit individuellen Unterschieden; die Lokalisation ist ziemlich genau. Auch für elektrische Reize erwies sich die Speiseröhre empfindlich. Die Sensibilitätsverhältnisse liegen ähnlich wie bei der Haut, doch haben die Empfindungen zuweilen eine eigenartige Färbung; durch Übung wird ihre Feststellung erleichtert. Als Temperaturreize dienten kleine Schneebälle, die mit oder ohne Oblaten verschluckt wurden oder Wasser von 50—52 ° bzw. 4—12 ° C, das durch dünne Gummischläuche zugeführt wurde; letztere kamen auch bei Druckreizen zur Anwendung, indem an dem einen Ende des Schlauches sich eine Birne aus Gummi befand, die gedehnt werden konnte; bei der elektrischen Reizung befand sich an dem unteren Schlauchende ein Staniolbelag. — In gleicher Weise ausgeführte Magenreizungen lösten keine Empfindungen aus; der Eindruck der Fülle stammt aus der Bauchwand, wozu vielleicht noch das Zwerch- und Bauchfell tritt. Beim Gefühl von Sättigung, Hunger und Durst kommen die Blutverhältnisse und Sekretionsvorgänge in Betracht. Ebenso glaubt *Becher* die scheinbaren Empfindungen aus dem Darm durch Übertragung der Reize auf die Bauchdecke, Haut und Muskeln erklären zu können. — Der Kehlkopf ist empfindlich, ebenso die Luftröhre, die Bronchien und die unteren gröberen Luftwege; die Empfindlichkeit der feineren Luftwege ist dagegen nicht mit Sicherheit erweisbar; das nämliche gilt vom Herzen. Die Arterien sind unempfindlich, die Venen dagegen vermitteln Schmerzempfindung. — Die teleologische Funktion, wie sie im Schmerze gelegeni ist, erfüllen auch sekundär erregte Organempfindungen, auch ist ja diese Funktion oft schlecht erfüllt. Vom Standpunkte der Selektionstheorie ist dies auch begreiflich: die Schmerzempfänglichkeit der äußeren, Verletzungen am meisten ausgesetzten Haut ersetzt die Empfindlichkeit der inneren Organe. Auch die pathologischen Ausfallserscheinungen, z. B. das Fehlen der Zeitschätzung und der Gefühle bei Verlust der Empfindungen aus den inneren Organen ist kein Gegenbeweis. Denn hierdurch wird nichts besagt über die Sensibilität eines bestimmten Organs; auch ist die äußere Sensibilität in solchen Fällen meist nicht intakt, es bestehen ferner fixe Ideen, endlich erwies sich ja die Speiseröhre, ein Teil des Bauchfells, die Pleura und das Zwerchfell empfindlich. Jedenfalls liegen die Verhältnisse nicht so einfach und spielt die Übertragung der Reize eine große Rolle. —

Die Unterschiedsempfindlichkeit behandelt neben anderen oben genannten Forschern *Laub* (Nr. 53). Er benutzte 40 Kreisflächen, von denen je zwei sich um $^{1}/_{100}$ ihres Inhalts unterschieden; die Raumlage der verglichenen Reize wurde gewechselt; dem aufsteigenden Verfahren reihte sich ein absteigendes an. Das eine Mal wurden die Flächen, das andere Mal die Durchmesser miteinander verglichen, und zwar so, daß die Versuchsperson zu jedem vorgelegten Reize den ebenmerklich verschiedenen zu bestimmen hatte, und dieser dann den Ausgangspunkt eines



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neuen Vergleichs bildete. Auf diese Weise ordneten die Versuchspersonen die Kreisflächen zu einer Reihe ebenmerklicher Unterschiede an. Diese waren eine mit den absoluten Werten der Reize wachsende Größe, so daß der mittlere Reiz von dem größten objektiv weniger differierte als von dem kleinsten in der Reihe. An jede der beiden Vergleichungen schlossen sich noch Kontrollversuche. Bei denen mit den Flächen wurde zu zwei Kreisen ein dritter gewählt, so daß der eine der beiden gegebenen Kreise die subjektive Mitte zwischen den beiden anderen darstellte; bei den Durchmessern wurden drei Kreise geboten, damit ein vierter gewählt werde, der vom dritten sich subjektiv so viel unterschied, wie der zweite vom ersten. Das Resultat war immer das nämliche. Dementsprechend wurde von allen sowohl das vorgezeigte arithmetische wie geometrische Mittel als für den mittleren Reiz zu klein beurteilt. Die *Fechner*sche psychophysische Maßformel hat also keine allgemeine Gültigkeit. — Der absolute Eindruck spielte keine Rolle. Auch die Raum- und Zeitlage hatte auf das Resultat keinen Einfluß, ebenso nicht die Verschiedenheit der Urteilsfaktoren. Diese zeigte sich deutlich in den aufgenommenen und vielfach ausführlich mitgeteilten Selbstbeobachtungen. So gaben bei den Vergleichungen der Durchmesser einige Augenbewegungen, andere den ästhetischen Effekt, wiederum andere Kopfbewegungen als maßgebend an. Beim Vergleich der Flächen schätzten die einen nach den Differenzen, die anderen nach den Verhältnissen, die dritten nach einem „kollektiven" Verfahren im Sinne *Müllers*. Immer handelte es sich aber um eine quantitative Vergleichung von Empfindungen und übermerklichen Unterschieden. — Mit dem *Weber-Fechner*schen Gesetze beschäftigt sich auch *Leontowitsch* (Nr. 55); er kommt zu dem Satze, daß dieses Gesetz bei intermittierender elektrischer Reizung nur „eigenartigen Größenwert für die Unterscheidungschwelle" ergibt. —

Die Auffassung und Erkennung, und zwar im indirekten Sehen, untersucht *Kirschmann* (Nr. 43). Die 30 verwendeten geometrischen Figuren hatten alle eine gleiche Flächengröße und waren weiß auf Schwarz oder umgekehrt, ganz ausgefüllt oder nur in Umrissen gezeichnet. Die Urteile waren falsch oder richtig, und letztere entweder nur allgemein oder auch speziell richtig. Es wurden nun winkelige Figuren im allgemeinen leichter erkannt als abgerundete; spitze Winkel erleichtern die Auffassung; die Symmetrie ist nur dann von Bedeutung, wenn sie eine um die Vertikalachse ist; die rechte Hälfte des Horizontalmeridians im rechten Auge — nur von diesem werden die Resultate mitgeteilt — ist dem linken überlegen; Weiß auf Schwarz ist günstiger als umgekehrt. — Ähnliche Versuche stellte Verf. mit römischen Lapidarbuchstaben an. Wie bei den Figuren wird auch bei diesen die Reihenfolge der Erkennbarkeit mitgeteilt: Die geradlinigen Buchstaben waren gegenüber den runden überlegen und unter jenen die schiefwinkligen über die rechtwinkligen; parallele Vertikallinien, z. B. bei H., waren dem Erkennen ungünstig; Kombinationen von Ecken und Rundungen sind immer noch leichter erkennbar als bloße Rundungen. Weiß auf Schwarz war auch hier günstiger als das Umgekehrte, nur im Horizontalmeridian trat dies infolge unserer Übung im Lesen weniger deutlich hervor; die nasalen Äste auf der Retina waren günstiger als die temporalen. — Schließlich benutzte Verf. auch kleine Silben


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder Wörter aus 2—3 Buchstaben. Es wurde nie das ganze Wort früher als die Einzelbuchstaben erkannt, namentlich von den dreibuchstabigen Wörtern, die später als die zweibuchstabigen erkannt wurden, gilt dies. — Das Erkennen von Wörtern im direkten Sehen untersucht *Wiegand* (Nr. 96). Die Wörter enthielten entweder nur mittelzeilige oder auch oberzeilige bzw. unterzeilige oder alle drei Buchstaben; sie wurden allmählich so weit an die Versuchsperson herangebracht, bis sie in allen Teilen deutlich waren unter genauer Protokollierung alles dessen, was bereits vorher, d. h. bei den verschiedenen größeren Abständen, wahrgenommen wurde. Es ergab sich, daß die Erkennung eine allmähliche Fortschreitung und Zusammensetzung ist von subjektiv gesehenen und lokalisierten Einzelheiten bis zur sicheren Identifizierung des ganzen Wortes; zwischen diesen beiden Endstadien befinden sich folgende Stufen: undeutliches Sehen und objektives Lokalisieren, objektives Lokalisieren und subjektives Interpretieren, objektives Lokalisieren und Interpretieren von Einzelheiten und schließlich objektives Erkennen und visuelles Identifizieren von Einzelheiten, Wortpartikeln, Silben. Eine zweite Gruppe von Versuchen wurde an dem Schumannschen Tachistoskop ausgeführt, zunächst um den von *Meßmer* gemachten Unterschied zwischen subjektivem und objektivem Typus nachzuprüfen. Verf. kommt zu dem Ergebnis: „Bei derselben Versuchsperson lassen sich willkürlich bald Resultate erzeugen, die dem objektiven Typus entsprechen, bald solche, die starke subjektive Zutaten enthalten. Der Unterschied liegt darin begründet, daß die Aufmerksamkeit in einem Falle mehr um den Fixationspunkt konzentriert, im anderen Falle einem größeren Felde zugewandt ist. Je kleiner das Aufmerksamkeitsfeld ist, desto größer pflegt die Treue der Beobachtung zu sein." Schließlich wurden auch tachistoskopische Versuche mit auslöschendem Reize angestellt, indem zwei verschiedene Expositionen schnell hintereinander erfolgten. Es zeigte sich, daß akustisch-motorische Wortbilder bereits reproduziert werden können, ohne daß ein einziger Buchstabe während der Exposition identifiziert wurde; sie stimmen ferner zuweilen nicht mit der Gesamtform, wohl aber mit einzelnen Buchstaben des exponierten Wortes überein. —

Die Vorgänge der Reproduktion und Assoziation im Dienste der Sprachforschung untersuchen *de Boer* (Nr. 11) und *Menzerath* (Nr. 68). Jener weist den Einfluß der sprachlich eingeübten Reihenfolge bei gegenseitigen Wortassoziationen nach. Dieser fand das Geläufigkeitsgesetz von *Thumb-Marbe* bestätigt, ferner einen Unterschied im Verhalten der Versuchspersonen: der eine reproduziert ohne, der andere mit Begleiterscheinungen, ein Dritter schiebt Vorstellungen zwischen Reiz- und Reaktionswort; hiernach richtet sich die Reaktionszeit: sie ist am kürzesten bei dem ersten und am längsten bei dem dritten Typ. Je länger die Zeit ist, um so größer ist im allgemeinen die Streuung der Einzelwerte. Geläufige Wortverbindungen bevorzugen den ersten Typ, nichtgeläufige den dritten, nur Verba neigen stets diesem und Adverbia jenem zu; der zweite Typ bleibt von der Geläufigkeit oder Nichtgeläufigkeit der Reizworte ziemlich unberührt. Mit der Zunahme der Klangassoziationen nimmt die Anzahl der automatischen Reproduktionen (1. Typ) ab, auch mit der Geläufigkeit des Reizwortes nimmt die Zahl der Klangassoziationen ab. Lust verkürzt, Unlust verlängert den Zeitlauf der Reaktionen. — Die Erscheinungen des Gedächtnisses behandelt *Fischer* (Nr. 25). Sie trennt im


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anschluß an *Witasek* Reproduktionsdisposition und Wiedererkennungsdisposition; durch jene tritt die frühere Wahrnehmung ins Bewußtsein, durch diese wird die reproduzierte Vorstellung beurteilt, ob sie an diese Stelle hingehört oder nicht. Beide Dispositionen gehen verschiedene Wege: Jene steigt in den allerersten Lernstadien ungleich langsamer als diese an; dagegen tritt bei jener das Abflachen des Anstieges später und weniger stark als bei dieser auf. Jene schwindet viel schneller als diese. Die auf Reproduktion gerichtete Besinnungstätigkeit und die aus der Reproduktion hervorgehenden Silbenvorstellungen beeinflussen das Wiedererkennen ungünstig. Die Stelle, welche die Silbe in der Reihe einnimmt, ist ohne merklichen Einfluß auf das Wiedererkennen. — Das Gedächtnis an Hühnern untersuchten *Katz* und *Révész* (Nr. 41). Es zeigte sich, daß Hühner Reiskörner den Weizenkörnern bedeutend vorziehen. Infolgedessen wurden jene auf Pappe geklebt, diese dazwischen geworfen und zugesehen, wie oft ein ausgehungertes Huhn pickte, bis es alle Weizenkörner gefressen hatte. Dieser Versuch wurde so lange wiederholt, bis das Huhn „fehlerfrei" pickte, d. h. nur so oft als Weizenkörner da waren. Es zeigte sich zunächst von der zeitlichen Verteilung der Wiederholung die Erlernung abhängig, indem zwischen je zwei Wiederholungen 15 Sekunden oder 1—60 Minuten oder 24 Stunden lagen: Innerhalb bestimmter zeitlicher Grenzen ist die Häufung der Versuche ungünstiger als ihre Verteilung. Etwaige Fehlerquellen waren nach Möglichkeit ausgeschaltet. Auch Versuche über das Wiedererlernen wurden angestellt, indem einige Zeit nach dem erstmaligen fehlerfreien Picken der Versuch wiederholt wurde. Selbst nach 4—6 Wochen ergab sich noch eine Ersparnis. Individuelle Differenzen zwischen den einzelnen Hühnern traten sowohl beim Erlernen wie beim Wiedererlernen hervor. Wurde die einmal gemachte Erfahrung in Widerstreit mit einer anderen gebracht, indem den Hühnern nach dem fehlerfreien Picken der Weizenkörner Reiskörner zum Fressen gegeben wurden, dann ergab sich folgendes: „Wird eine oft gemachte und fest eingeprägte Erfahrung durch die entgegengesetzte, auf geringerer Erlernungszahl beruhende Erfahrung in ihrem Einfluß gehemmt, so verhält es sich eine Zeitlang im Sinne dieser letzteren Erfahrung. Nach wenigen Stunden jedoch ist das Stärkeverhältnis der jüngeren Erfahrung zur älteren ein solches geworden, daß das Huhn sich wieder im Sinne der älteren verhält." — In analoger Weise ermittelten die Verff., daß das Huhn Unterschiede in den Formen, z. B. Quadrat und Dreieck, wie auch in der Richtung der Körner erkennt. Auch als zwischen je ein oder zwei oder drei aufgeklebten Körnern ein loses sich befand, lernte das Huhn allmählich nur nach den losen Körnern zu picken; die Aufgabe, jedes vierte Korn herauszupicken, löste aber kein Huhn. Trotzdem glauben die Verff. nicht, daß die Hühner zählten, vielmehr merkten sie sich allmählich den Abstand und die Lage der „pickbaren" Körner; auch die Dichtigkeit kann eine Rolle spielen, pickte doch das Huhn ein loses Reiskorn, das zwischen zwei festgeklebte noch hineingelegt wurde, richtig heraus. Möglicherweise lernt es auch mehrere Körner zu einem Komplex zusammenzufassen. Jedenfalls besitzt das Huhn eine sehr feine sinnliche Auffassung. Hierin ist es dem menschlichen Kind, das mehr auf das Vorstellungsleben angewiesen ist, weit überlegen. Ergaben doch Versuche an 12 Kindern von 1½—5 Jahren, denen die Aufgabe gestellt wurde, die losen roten Spielmarken, von welchen je eine sich zwischen je zwei festgeklebten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelben Spielmarken befand, herauszulesen, daß die Aufgabe nur den Kindern über 2 Jahren allmählich fehlerfrei gelang. Ja, bei Ersetzung der roten Marken durch gelbe wurde die Aufgabe, jede zweite Marke fortzunehmen, selbst von fast vierjährigen Kindern trotz häufiger Wiederholung des Versuchs nicht ausnahmslos richtig gelöst; wohl aber genügte ihr ein Kind von 2½ Jahren schon nach kurzer Übung bei Schokoladenstückchen. Daß in der Tat die Überlegenheit des Huhns auf seiner feineren Sinnlichkeit beruht, zeigt die Tatsache, daß das Kind eine noch vergessene Marke trotz Aufforderung nicht sofort wegnahm, sondern erst nach einigem falschen Probieren; es bemerkt also nicht so leicht die größere Dichtigkeit wie das Tier; auch erlernte dieses durch Häufung der Wiederholungen, zuweilen bis auf dreißig, dem Kinde dagegen nützt diese nichts: löst es die Aufgabe nicht nach 4—5 Versuchen, dann gelingt es ihm überhaupt nicht. Endlich wird es so begreiflich, daß das Huhn die vierten Körner schon nicht mehr herauspicken konnte. während das Kind die dritten, vierten usw. Marken herausnehmen konnte, und zwar ohne längere sinnliche Einprägung, sobald ihm nur die Vorstellung des dritten, vierten usw. beizubringen war. — Eine weitere interessante Versuchsreihe wurde an Hühnern vermittelst der „Klebmethode" zur Ermittlung der Unterschiedsempfindlichkeit für Farben angestellt, indem die Reiskörner rot, blau, grün oder grau in verschiedenen Nuancen gefärbt wurden. Die Tiere standen nicht merklich hinter erwachsenen Menschen zurück. Auch das *Purkinje*sche Phänomen zeigte sich bei Hühnern; es kann also dieses nicht ausschließlich durch die Stäbchen, an denen die Retina des Huhns sehr arm ist, erklärt werden. — Auch eine Ermüdung durch farbige Lichter muß bei den Hühnern auftreten, denn nach zweistündigem Aufenthalt in einem „Rotkasten" bevorzugten sie rote Körner vor weißen, während sie sonst diese herauspickten und jene liegen ließen. Trotzdem ergaben Versuche mit Ermüdung durch andere Farben, daß die so bedingte Veränderung der Farben eine andere als beim Menschen ist. Eine Blendung durch 1—2stündige Dunkeladaptation trat nicht auf; die Hühner pickten sofort die Körner von einer von der Sonne beschienenen Bank weg; es spricht dies für die Beteiligung des Sehpurpurs an der Blendung, der bei Hühnern gar nicht oder nur spurenweise vorhanden ist. Die Dunkeladaptation wurde ferner bei Hühnern durch Ermüdung mit farbigen Lichtern in derselben Weise beeinflußt wie beim Menschen. Schließlich ist noch eine Versuchsreihe über gegenseitige Beeinflussung von Erfahrungserlebnissen erwähnenswert. Das Huhn pickte nämlich öfter nach Körnern unter einer Glasplatte als nach festgeklebten; hier kommt eben eine Tastempfindung hinzu, dort nicht. Wurde dagegen Futter unter und über der Glasplatte gleichzeitig geboten, dann ergab sich kein Unterschied zwischen verdeckten und festgeklebten Körnern. Es zeigt sich also: „Erfahrungserlebnisse bestimmter Art, die Mißerfolge darstellen, sich aber allein nicht zu einer Erfahrung verdichten würden, verdichten sich zu einer Erfahrung, wenn sie gleichzeitig mit anderen Erfahrungserlebnissen vorkommen, die zu dem vorgestellten Erfolg führen." —

Von den höheren psychischen Funktionen untersucht *Grünbaum* (Nr. 32) die Abstraktion der Gleichheit. Benutzt wurden ungefähr 300 verschiedene Figuren, welche stets 3 Sekunden lang exponiert wurden, und zwar jedesmal in



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwei Gruppen von 2—6 Figuren; Augenbewegungen waren immer nötig, um alle Figuren im direkten Sehen zu erfassen. Je zwei gleichzeitig exponierte Gruppen stimmten in einer Figur überein, und die Versuchspersonen sollten bei möglichst gleichmäßiger Verteilung der Aufmerksamkeit auf das ganze Feld die gleichen Elemente herausfinden (Hauptleistung), dann auch andere Figuren betrachten (Nebenleistung). Die Figuren konnten nur visuell eingeprägt und nur auf Grund des sinnlichen Gedächtnisses wiedergegeben werden. Aus den zahlreichen Resultaten seien als die wesentlichsten hervorgehoben: Die Gleichheitsauffassung weist acht Arten auf, die von objektiven (Zeit- und Zahlverhältnisse) und subjektiven (Anspannungsmoment) Faktoren abhängen. Bei Schwierigkeit der Gleichheitssetzung drängen sich Ähnlichkeiten auf. Bei Zunahme der Figurenzahl fällt die Hauptleistung zuerst wenig, dann stark und zuletzt wieder wenig ab. Je größer die Gesamtleistung, desto später tritt das Maximum des Abfalls ein. Je mehr Figuren als Nebenleistung geboten werden, desto weniger wird im Verhältnis zum Ganzen behalten. Die maximale Anspannung auf die Hauptaufgabe kommt auch der Nebenaufgabe zugute. Heben sich die gleichen Figuren schon vor der Gleichheitssetzung ab, dann wird die Nebenleistung dadurch vermindert. Auch die Lösung der Hauptaufgabe hat diesen Effekt. Die Abstraktion vollzieht sich einerseits durch apperzeptive Hervorhebung und Absonderung der gleichen Figuren und ihre intentionale Betonung, andererseits durch Zurückdrängen der ungleichen Figuren (rückwirkende Hemmung und Verengung des Bewußtseins). Je schwieriger die positive Astraktion (die des Gleichen), desto reiner ist sie, desto größer die negative Abstraktion (Absehen vom Ungleichen). Die Hervorhebung des Gleichen vor der Gleichsetzung zeigt sich auch bei den mißlungenen Gleichheitssetzungen; aber auch die Gleichheitssetzung ist ein selbständiger Akt und mit der Auffassung der Relationsgrundlagen (der gleichen Figuren) noch nicht vollzogen; der Selbständigkeit der Relationsauffassung entspricht der besondere positive Eindruck der Gleichheit, der bei verschiedenen Relationsgrundlagen festgestellt wird. Die negative Abstraktion ist nicht nur eine Begleiterscheinung der positiven, sondern ist quantitativ und qualitativ eine davon sich unterscheidende besondere positive Leistung. Die Aufgabe hatte einen konsolidierenden Einfluß auf die Einstellung, einen egalisierenden, kompensierenden auf den Prozeß selbst, einen vertiefenden und verlängernden auf die Nachwirkungen, einen einengenden und hemmenden auf die fremden Vorstellungsverläufe. — Den ersten Versuch, auch das Schließen experimentell zu untersuchen, macht *Störring* (Nr. 91). Betrachtet werden Schlüsse mit räumlichen oder zeitlichen Beziehungen, ferner die mit den Beziehungen größer und kleiner, der Gleichheit, der Subsumtion und Eigenschaft. Die Prämissen wurden von der Versuchsperson durch einen Tubus hindurch gelesen, mit der Anweisung, den Schluß zu ziehen, und zwar mit dem Bewußtsein absoluter Sicherheit, ohne daß es jedoch auf eine möglichst schnelle Reaktion etwa ankäme; die Zeit vom Beginn der Exposition bis zu dem des Aussprechens wurde mit einer Fünftelsekundenuhr gemessen. Der anfänglichen Neigung der Versuchspersonen, während des Operierens Selbstbeobachtung zu treiben, wurde durch den Hinweis auf die Unzweckmäßigkeit dieses Verfahrens entgegengearbeitet. Die Exploration bestand



Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

in der Angabe der Gesichtspunkte für die Beschreibung, welche der gestellten Aufgabe oder den spontanen Angaben der Versuchspersonen entnommen wurden. Die aus ähnlichen Versuchen gewonnenen Gesichtspunkte führten zu einem schärferen Herausheben der einzelnen Operationsphasen eines komplexen Prozesses in späteren Versuchen, so daß diese oft eine Verlängerung der Reaktionszeit aufwiesen. Die zahlreichen Resultate bei den einzelnen Schlußarten mitzuteilen, verbietet mir leider der enge Rahmen dieser Berichterstattung.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref. Karl Wendenburg-Osnabrück.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie

1. *Aschaffenburg*, Zur Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Monatsschr. f. Kriminalpsych. und Strafrechtsref. S. 387. (S. 23*.)
2. *Becker*, Der amtsärztliche Dienst in Bayern. Off. Ber. über die Landesvers. des Bayr. Med.-Beamt.-Vereins. Berlin, Kornfeld 1908.
3. *Berze*, Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. VI H. 5. u. 6. (S. 22*.)
4. *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. Jena, G. Fischer, IV. Aufl. 540 S. 10,50 M. (S. 20*.)
5. *Fischer*, Die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaftem Geisteszustand. Neurol. Zentralbl. S. 1166, Sitzungs-Ber.
6. *Flesch*, Das Berufsgeheimnis des Arztes. Borna bei Noske, 8°, 49 S.
7. Forensische Psychiatrie. Erster Band. Redigiert von Anton, Dittrich, Wagner v. Jauregg. VIII. Bd. des Handbuchs der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, herausgegeben von Paul Dittrich. Wien und Leipzig. W. Braumüller. (S. 20*.)
8. *Friedländer*, Kritische Bemerkungen zum § 300 des RStGB. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 65, S. 521. Sitzungsber.
9. *Granichstädten, O.*, Gerichtsärztliche Befunde und Gutachten. Schwurgerichtsfragen bei Körperverletzungen. 240 S. 5 M. Leipzig u. Wien, F. Deuticke. (S. 21*.)



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10. *Lachmund*, Über die Anrechnung von Vorbesuchen bei der Erstattung gerichtlicher Gutachten. Psych.-neurol. Wochenschrift Nr. 33. (S. 23*.)

11. Material zu § 1569 BGB. Nr. 23, 24. Psych.-neurol. Wochenschrift Nr. 18, 35.

12. *Mingazzini*, Saggi di Perizie Psichiatriche. 309 S. Unione Tipografico. Turin. (S. 22*.)

13. *Pilcz*, Spezielle gerichtliche Psychiatrie. Leipzig und Wien, Deuticke. 216 S. (S. 20*.)

14. *Pollak*, Psychiater und Juristen. Wiener klin. Wochenschrift. S. 154. (S. 22*.)

15. *Puppe*, *G.*, Atlas und Grundriß der gerichtlichen Medizin. 2 Bde. 692 S. 20 M. München, J. F. Lehmann. (S. 21*.)

16. *Rixen*, Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigen Bestimmungen des Entwurfes einer Strafprozeßordnung. Psych.-neurol. Wochenschrift Nr. 28. (S. 22*.)

17. *Schultze*, *Ernst*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie aus dem Jahre 1907. Psych.-neurol. Wochenschrift Nr. 1 ff. (S. 23*.)

18. *Sommer*, Irrenärzte und Richter. Deutsche med. Wochenschrift XXXIV, 34. (S. 22*.)

19. *Stranski*, Über psychiatrische Sachverständigkeit und Geschworenengerichte. Neurol. Zentralbl. S. 1165. Sitzungsbericht. (S. 22*.)

20. *Straßmann*, Verhalten der ärztlichen Sachverständigen vor Gericht. Ärztl. Sachverst.-Ztg. H. 1. (S. 23*.)

21. *Wedel*, Hausärztliche Atteste in der Gerichtspraxis. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 5.

22. *Weygandt*, Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie. Münchener med. Wochenschrift Nr. 16. (S. 22*).

23. *Weygandt*, *W.*, Forensische Psychiatrie. Teil I. 144 S. 80 Pf. Sammlung Göschen Nr. 410. (S. 19*.)

24. *Ziehen*, Psychiatrie. Leipzig, S. Hirzel, III. Aufl. 801 S. 16 M. (S. 20*.)

Von den neuerschienenen Werken, welche die gerichtliche Psychiatrie behandeln, ist das kleine Buch von *Weygandt* (23) zu erwähnen. Es bringt auf 142 Oktavseiten in gedrängtester Kürze den straf- und zivilrechtlichen Teil der forensischen Psychiatrie. Ein zweites Bändchen wird die Klinik der Psychosen, die



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verwaltungsrechtlichen Fragen des Irrenwesens und einen Abschnitt über die Beziehungen der Unfallgesetzgebung zu den Geistesstörungen enthalten. Umfangreicher ist das Werk von *Pilcz* (13), das ausschließlich der speziellen Psychiatrie gewidmet ist. Es zerfällt in 9 Abschnitte. Der erste behandelt die Melancholie und Manie, der zweite die akute Verworrenheit, der dritte die Paranoiagruppe. Im vierten faßt er die Psychosen zusammen, welche zu einem Endstadium des Blödsinns führen, im fünften Epilepsie und Hysterie, im sechsten werden der Alkoholismus und seine Beziehungen zur Straf- und Zivilgesetzgebung, im siebenten die angeborenen Defektzustände geschildert. Der achte Abschnitt handelt von den geistig Minderwertigen, der neunte von den Zuständen vorübergehender Bewußtlosigkeit. Ein Anhang bringt eine Zusammenstellung der wichtigsten Gesetzesbestimmungen nach deutschem und österreichischem Recht.

Der bewährte Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie von *Cramer* (4) ist in vierter Auflage neu erschienen. Sie ist etwas umfangreicher als die vorige Auflage, ohne über den Rahmen hinauszugehen, der einem Lehrbuch gegeben ist. Die Vermehrung des Umfanges hat drei Gründe. Die Beschäftigung mit der gerichtlichen Psychiatrie hat zugenommen, die Psychiatrie hat namentlich auf dem Gebiete der Grenzzustände große Fortschritte gemacht, welche berücksichtigt werden mußten, und schließlich war es notwendig, auch die lex ferenda zu streifen, in Hinsicht auf die bevorstehende Reform der Strafgesetzgebung. Auch die Ergebnisse der Psychologie der Aussage konnten nicht übergangen werden. *Cramer* hat alle Erfahrungen, welche er an einem großen Material von Nervösen und an den Fürsorgezöglingen der Provinz Hannover gesammelt hat, für die Klinik und forensische Beurteilung der Grenzzustände verwertet, auch die traumatischen und alkoholischen Abnormitäten des Geistes haben eine, ihrer steigenden Bedeutung entsprechende, vermehrte Würdigung erfahren. Sehr beachtenswert sind die Ausführungen über die geistige Minderwertigkeit, die Fürsorgeerziehung, die Grenzen der absoluten und relativen Strafmündigkeit und die prophylaktischen Maßnahmen zur Unschädlichmachung der geistig Minderwertigen, welche die lex ferenda zu berücksichtigen hätte.

Die Übersichtlichkeit der Einteilung, die kurze, nur auf das praktisch Notwendige Rücksicht nehmende Behandlung der Fragen und die Klarheit und Sicherheit der Diktion sind dieselben geblieben, wie bei den früheren Auflagen. Auch diese Auflage bringt eine große Zahl anschaulicher, praktischer Beispiele in Form von Krankengeschichten und Gutachten und ausführliche Schemata zur Untersuchung Geisteskranker und geistig Minderwertiger. Auch *Ziehen* (24), dessen Lehrbuch in III. Auflage neu erschienen ist, bringt im Anhang einen kurzen Abriß der forensischen Psychiatrie.

Seit einigen Jahren wird in Österreich ein groß angelegtes Handbuch der gesamten ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit herausgegeben, das nicht weniger als 10 umfangreiche Bände umfaßt. Der gerichtlichen Psychiatrie sind 2 Bände gewidmet. Der erste Band, der die rechtlichen Grundlagen umfaßt, ist bereits erschienen, während der zweite, für die klinische Darstellung bestimmte Teil in Kürze erscheinen soll (7). *Fritsch* bespricht zunächst die Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit, dann die Psychologie der Aussage, wie das Wahrnehmungsproblem überhaupt und schließlich die Zeugen- und Eidesfähigkeit Geisteskranker.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Sölder gibt einen kurzen, sehr klaren und übersichtlichen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen aus dem Strafrecht und Strafprozeß mit vorwiegender Berücksichtigung österreichischer Verhältnisse; auch die strafrechtlichen Reformbestrebungen werden kurz behandelt.

Sehr eingehend bespricht *Moeli* in sechs Hauptstücken die Tätigkeit des psychiatrischen Sachverständigen in Zivilsachen. Den größten Raum beansprucht natürlich die Erörterung der Entmündigung. Dankenswerterweise berücksichtigt *Moeli* auch die sonst in unseren Büchern meist stiefmütterlich behandelte Versetzung in den Ruhestand.

Franz Wien behandelt das österreichische Irrenrecht. Die Aufgabe einer guten Irrengesetzgebung erblickt er in einem Schutz des Geisteskranken, in einem Schutz vor dem Geisteskranken und schließlich in einem Schutz des Geisteskranken vor ungerechtfertigter Entmündigung. Wenn Verfasser zu dem Schluß kommt, daß die österreichischen Gesetze bei richtiger sachgemäßer und moderner Anwendung diesen dreifachen Schutz sichern, so verdient das im Hinblick auf den jüngst veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes über die Entmündigung um so mehr Beachtung, als der Verfasser Jurist — *Wien* ist Advokat in Prag, ist.

Tilkowsky beschäftigt sich mit der Unterbringung Geisteskranker in Anstalten, ihrer Entlassung und gibt eine historisch-kritische Darstellung der bisherigen Reformbewegung des Irrenwesens.

Die Irrenstatistik ist von *Placzeck* geschrieben, der das spröde und widerspruchsvolle Material in einer angemessenen Form bringt.

Fritsch hat noch die, auch von ihm für selten gehaltene Simulation und Dissimulation behandelt sowie die Stellung und Aufgabe der Ärzte vor Gericht; das Berufsgeheimnis kommt mit 3 Seiten Text etwas kurz weg. *Anton* und *Hartmann* geben schließlich eine sehr eingehende und übersichtliche, für die meisten Gerichtsärzte sicherlich zu ausführlich gehaltene Anleitung zur Untersuchung psychisch Kranker, bei der natürlich auch die modernsten Methoden, soweit sie sich als brauchbar erwiesen haben, berücksichtigt werden.

Der II. Band wird nach seinem Erscheinen ebenfalls hier angezeigt werden.

Ernst Schultze-Greifswald.

Puppe (15) hat den *Hofmannschen* Atlas der gerichtlichen Medizin neu herausgegeben. Er hat das Buch wesentlich erweitert, die Abbildungen sind zahlreich und instruktiv. Der zweite Band bringt in seinen letzten Teilen genaue Anweisungen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und der Körperbeschaffenheit im Haftpflicht- und in anderen zivilrechtlichen Verfahren, die wichtigen Paragraphen der Invalidengesetzgebung nehmen einen anderen kurzen Abschnitt ein, einer ist der Zurechnungsfähigkeit in Strafsachen, einer der Geschäftsfähigkeit, Entmündigung und Testierfähigkeit gewidmet, den Schluß bilden die Bestimungen über das Eherecht und die Haftpflicht der Geisteskranken. Wichtig und recht bequem zur schnellen Information sind auch die allgemeinen Anweisungen über die ärztliche Sachverständigentätigkeit, welche P. in der Einleitung zum Atlas bringt. Das Buch von *Granichstädten* (9) bringt überaus instruktive Beispiele von gerichtsärztlichen Gutachten bei Körperverletzungen. Die Gutachten sind in ihrer Form und Klarheit mustergiltig, jedem Gutachten folgt die Schwurgerichtsfrage zur Illustration der


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tatbestandsmerkmale, welche für die Erstattung der Gutachten maßgebend sind. Das Buch ist eine treffliche Informationsquelle für Juristen und Mediziner, welche sich in der Praxis mit derartigen Fällen befassen müssen. *Mingazzini* (12) hat einen Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie für Ärzte und Richter erscheinen lassen, der in handlicher Form die forensische Psychiatrie in Beziehung zum italienischen Rechte darstellt.

Sehr wichtig ist die Forderung *Weygandt*s (22) nach besserer Ausbildung der Mediziner und Juristen in der gerichtlichen Psychiatrie. Diese soll für die Mediziner obligatorisch gemacht werden und auch Prüfungsgegenstand beim Staatsexamen sein. Deshalb müssen an jeder Universität praktische Kurse und Vorlesungen über dieses wichtige Gebiet eingeführt werden. Zur Physikatsprüfung soll sich nur melden können, wer mindestens drei Monate an einer öffentlichen Irrenanstalt tätig gewesen ist.

Die Angriffe auf die forensische Tätigkeit der Psychiater befremden um so mehr, wenn sie von seiten eines Juristen erfolgen, und in der Art und Weise, wie *von Lindenberg* es in der Dtsch. Jur.-Ztg. tut. L. schiebt den Psychiatern die Schuld daran zu, daß es etwas Beunruhigendes an sich habe, daß Personen, welche einer schweren Straftat überführt seien, auf Grund eines Gutachtens, das sie für geisteskrank erklärt, freigesprochen werden müßten, daß die Psychiater nicht rücksichtslos genug gegen die Simulation vorgingen und daß infolge davon das Verhältnis zwischen Jurist und Psychiater so oft feindselig sei. *Sommer* (18) weist diese und andere Vorwürfe als unzutreffend oder als Folgen eines Mangels der Gesetzgebung kurz und mit sachlichen Gründen zurück. Viele der in Diskussionen und in der forensischen Praxis vorkommenden Mißverständnisse zwischen Psychiatern und Juristen führt *Pollak* (14) auf den Mangel einheitlicher Begriffsbestimmungen in beiden Wissenschaften zurück. Erst wenn diese erzielt sind und die Kompetenzen beider Fakultäten abgegrenzt sind, werden die Kontroverse schwinden. Bei seiner Tätigkeit vor dem Geschworenengericht soll sich der Sachverständige in seinen Ausführungen der Denkweise des Volkes anpassen. *Stransky* (19). Der Geisteszustand des Inkulpaten ist nur in Beziehung zur Straftat zu charakterisieren.

Berze (3) untersucht die Beziehungen des geistigen Inventars zur Geschäftsfähigkeit. Er betont, daß die Schulkenntnisse nicht gleichbedeutend mit der Intelligenz sind, kritisiert den Wert der einzelnen Teile des geistigen Inventars und gibt zum Schluß eine Anwendung seiner Ergebnisse auf die psychiatrische Beurteilung der Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit von geistigdefekten Individuen. Die Studie ist von großem Interesse für jeden, der sich theoretisch oder praktisch mit forensisch-psychiatrischen Fragen beschäftigen muß.

Die Kritik *Rixen*s (16) an dem Entwurf der Strafprozeßordnung bemängelt, daß dem Sachverständigen auch nach dem neuen Entwurf nicht das Recht der Akteneinsichtnahme und der Zeugenbefragung gegeben ist. Ferner beanstandet er mit Recht, daß die Beobachtungen in Irrenanstalten möglichst eingeschränkt werden sollen und an deren Stelle Surrogate gesetzt werden (Beobachtung in der Häuslichkeit, in Privatanstalten usw.), welche die Beobachtung in einer öffentlichen Anstalt durch deren angestellte Ärzte in keiner Weise ersetzen können. Auch die Möglichkeit


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer weitgehenden Beschwerde gegen die zwangsweise Einweisung in eine Irrenanstalt hält er für unnötig und zeitraubend. Beachtenswert ist, daß nach dem Entwurf der Staat anwalt vom Einschreiten absehen kann, wenn der Beschuldigte nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist, und Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Vor allem vermißt R. aber eine klare Bestimmung, welche die Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit ausdrückt.

Straßmann (20) kann die Ansichten *Dannemanns* über Abgabe von Gutachten an Private nicht in vollem Umfange teilen. Vielmehr müsse man, um Recht und Gerechtigkeit zu fördern, auch in der Privatpraxis Gutachten ausstellen über den Geisteszustand eines Untersuchten. Nur müsse man sich hüten, sie ohne psychiatrische Kenntnisse oder auf Grund oberflächlicher Untersuchungen abzugeben. Dann würde man unbegründeten Mißdeutung schon entgehen.

Aschaffenburg (1) teilt das Urteil eines französischen Gerichtes mit, das einen Arzt zum Schadenersatz verurteilte, weil er in einem Aufnahmegutachten für eine Irrenanstalt die hereditären Verhältnisse eines Kranken der Wirklichkeit entsprechend geschildert hatte.

Nach der Entscheidung des Kammergerichts vom 22. XII. 1905 sind die Vorbesuche in Irrenanstalten als empfangen anzusehen, auch wenn die Räume, in denen sie gemacht werden, räumlich von der Wohnung des Gutachters getrennt liegen. Das Oberlandesgericht Hamm schloß sich dieser Auffassung an durch Beschluß vom 15. V. 1908, den *Lachmund* (10) mitteilt.

Schultze (17) stellt wieder in dankenswerter Weise eine große Zahl wichtiger gerichtlicher Entscheidungen zusammen, welche das Gebiet der forensischen Psychiatrie betreffen.

II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg*, Das Greisenalter in forensischer Beziehung. Münchener Med. Wochenschrift LV 38. (S. 30*.)
2. *Aschaffenburg*, *G.*, Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 65. S. 514. Sitzungsbericht. (S. 27*.)
3. *Balser*, Der Alkoholismus und seine strafrechtlichen Beziehungen. Jur.-psych. Grenzfragen VI. (S. 29*.)
4. *Becker*, Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig. Georg Thieme. 298 S.
5. *Berze*, Über die sogenannte Moral insanity und ihre forensische Bedeutung. H. Groß'. Arch. Bd. 30. S. 123. (S. 28*.)
6. *Bleuler*, Determinismus und Verantwortlichkeit. Monatsschrift für Krimin. Psych. und Strafr.-Ref. S. 436. S. 27*.)
7. *Boas*, *Kurt*, Alkohol und Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Krimin.-Psych. u. Strafr.-Ref. Bd. 4. H. 11 u. 12.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8. *Boule, L.*, Responsibilité normale et pathologique. Revue des Questions scientif. XIV 16 p. 375.

9. *Bresler*, Die Willensfreiheit in moderner theologischer, psychiatrischer und juristischer Beleuchtung. Nebst einer Abwehr gegen den Oberstaatsanwalt *P.* Halle, Marhold. 46 S. (S. 27*.)

10. *Buch, Lothar*, Ein Beitrag zur Lehre der senilen Geistesstörungen und ihrer forensischen Bedeutung. Dissert. Kiel. (S. 31*.)

11. *Cramer*, Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform. Referat, gehalten auf der Vers. des Deutsch. Vereins f. Psychiatrie. Berlin 1908. Münchener Med. Wochenschr. Nr. 29 und 30. (S. 27*.)

12. *Fiolowsky*, Die Trunkenheit unter gerichtsärztlichem Gesichtspunkte. Orvosy hetilap 14 u. 15. (S. 29*.)

13. *Förster*, Forensische Erfahrungen bei Dementia praecox. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 24 S. 562. Sitzungsbericht. (S. 30*.)

14. *Försterling, W.*, Genese einer sexuellen Abnormität bei einem Falle von Stehltrieb. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 65. (S. 32*.)

15. *Fontane*, Gutachten über neurasthenische Psychosen. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin LIX H. 5.

16. *Friedenreich*, Über Zurechnungsfähigkeit in strafrechtlicher Bedeutung. Monatsschrift f. Psych. und Neurol. Juli. (S. 28*.)

17. *Friedländer*, Die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung. Neurol. Zentralbl. S. 1165. Sitzungsbericht.

18. *Frommherz*, Ein Baustein zur Strafrechtsreform. Monatsschrift f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 242

19. *Gerlach*, Der Fall Pastor Lang. Psych.-neurol. Wochenschrift Nr. 25. (S. 33*.)

20. *Grasset*, Über die Verbrecher mit verminderter Zurechnungsfähigkeit. Neurol. Zentralbl. S. 1164. Sitzungsbericht. (S. 28*.)

21. *Heilbronner*, Trunkenheitsdelikte und Strafrecht. Münchener Med. Wochenschrift 1908. 13. (S. 29*.)

22. *Hirschfeld*, Ein Beitrag zur Homosexualität. Monatsschrift für Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 547. (S. 32*.)


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23. *Hollander*, Crime and responsability. Published by the Ethnological Society.

24. *Hoppe*, Simulation bei zweifelhaften Geistesstörungen. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. Bd. 35. (S. 29*.)

25. *Hoppe*, Trunkenheit und Zurechnungsfähigkeit. H. Groß' Arch. Bd. 30. H. 1. S. 163. (S. 33*.)

26. *Hübner*, Über das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung. Psych.-neurol. Wochenschrift. S. 310. Sitzungsber.

27. *Jahrmärker*, Krankhafte Rausch- und Affektzustände. Monatsschrift f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. H. 1. S. 26. (S. 29*.)

28. *Jenisch*, *Reinhold*, Forensische Beurteilung des Alkoholismus. Dissert. Leipzig.

29. *v. Josch*, Ein Beitrag zur Beurteilung über die psychischen Vorgänge beim Kindesmord. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 4. S. 348.

30. *Kalmus*, Vorübergehende Geistesstörung und ihre forensische Bedeutung. Wiener Med. Wochenschrift. 21. u 22.

31. *Knapp*, Ein Beitrag zur Frage der Homosexualität. Monatsschrift f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 506. (S. 32*.)

32. *Kölpin*, Mord bei Dementia praecox. Friedreichs Blätter. (S. 30*).

33. *Kornfeld*, *H.*, Schwere Körperverletzung. Abortives Delirium potatorium oder febrile. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. 64.

34. *Kuffner*, Der Arzt und die Zurechnungsfähigkeit. Revue neurol. S. 65. (S. 28*).

35. *Leers*, Einiges über Exhibitionismus. Monatsschrift f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 365. (S. 32*).

36. *Lehmann*, Die akute Alkoholvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkte. Friedreichs Blätter I—IV.

37. *Leroy*, La responsibilité et l'hystérie. Annal. d'Hyg. 4. S. 9. p. 402.

38. *Lezanski*, Zwei gerichtliche Urteile. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 2 u. 3. (S. 33*.)

39. *v. Lilienthal*, *K.*, Über Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 257. (S. 28*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

40. *Löwenfeld, L.*, Homosexualität und Strafgesetz. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens LVII. Wiesbaden, F. F. Bergmann. 35 S. (S. 32*.)

41. *Mairet, A.*, La simulation de la folie. 319 S. Montpellier. Coulet et fils und Paris. Masson et Cie. (S. 33*.)

42. *Naecke*, Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. Supplement.

43. *Nemeth*, Die epileptischen Bewußtseinsstörungen in forensischer Beziehung. Psych. - neurol. Wochenschrift. Nr. 10—12. (S. 31*.)

44. *Olshausen*, Strafrechts-und Strafprozeßreform auf dem 29. deutschen Juristentage. Referat. Monatsschrift f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 573.

45. *Pighini, G.*, Le crime dans la démence précoce. Actes du VI[e] Congrès intern. d'anthrop. criminelle. Turin 1907. Bocca frères.

46. *Raecke*, Zwangsvorstellungen und Zwangsantrieb vor dem Strafrichter. Arch. f. Psych. 43. H. 3. (S. 32*.)

47. *Reichel*, Falscheid auf autosuggestiver Basis. H. Groß' Arch. Bd. 30. H. 1. S. 152.

48. *Riehm*, Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 65. S. 28. (S. 33*.)

49. *Rosenbach, P.*, Drei Fälle simulierter Geistesstörung mit dem Symptom falscher Antworten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. S. 978. (S. 33*.)

50. *Sartorius, R.*, Die forensische Bedeutung der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. IV. (S. 30*.)

51. *Schmitz*, Über psychische Dämmerzustände auf epileptischer Grundlage in forensischer Beziehung. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 24. S. 564. Sitzungsbericht. (S. 31*.)

52. *Schott*, Über Dämmerzustände und ihre gerichtsärztliche Bewertung. Friedreichs Blätter I—V.

53. *Többen, Heinr.*, Über die gerichtsärztliche Bedeutung der epileptischen Dämmerzustände. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin z. F. XXXVI 2 p. 369. (S. 31*.)

54. *Wachsmuth*, Gutachten über den Geisteszustand des G. B. Friedreichs Blätter LIX. H. 3. (S. 30*.)

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

55. *Wassermeyer*, Delirium tremens, eine klinische Studie. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 5. (S. 29*.)
56. *Weygandt, W.*, Sind die Einwände gegen gesetzliche Bestimmungen betreffs sexueller Anomalie wissenschaftlich haltbar? Münch. Med. Wochenschrift. Nr. 9. (S. 32*.)
57. *Willmanns*, Der Fall Hartlieb. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 1.

Die bevorstehende Reform der Strafprozeßordnung und des Strafrechts waren Gegenstand lebhafter Erörterung in den Verhandlungen des deutschen Vereins für Psychiatrie. *Cramer* (11) erstattete dort ein sehr eingehendes und sehr maßvolles Referat über die psychiatrischen Wünsche zur Strafrechtsreform. Von den vielen wichtigen Punkten des Referates, das sich nur auf Notwendiges und Erreichbares erstreckte, sei hier nur hervorgehoben die Forderung, daß in Zukunft auch der Jurist gerichtliche Psychiatrie hören soll. Zur bevorstehenden Strafprozeßreform äußerte *Cramer* folgende Wünsche: Es soll in Zukunft möglich sein, auch Zeugen der psychiatrischen Expertise zu unterziehen, die Verhandlungsfähigkeit muß weiter gefaßt werden als bisher, Aussagen von Zeugen und Gutachten Sachverständiger, die später in Geisteskrankheit verfallen sind, müssen nachgeprüft werden, der Anstaltsaufenthalt ist im Strafvollzuge Erkrankten auf die Strafzeit anzurechnen, und es muß die Möglichkeit gegeben werden, die Beobachtungszeit bei § 81 in manchen Fällen über 6 Wochen auszudehnen. Im künftigen Strafrecht hätte zunächst der Begriff der freien Willensbest mmung fortzufallen. Die Grenzzustände müssen berücksichtigt, die Jugendlichen besonders behandelt werden, die Grenze der Strafmündigkeit ist hinaufzurücken. Für Alkoholisten ist ein Trinkerzwangsgesetz zu fordern, bei Taubstummen ist mehr als bisher der Arzt zu hören. *Aschaffenburg* (2) wies darauf hin, daß bei den geminderten Zurechnungsfähigen, er hält diesen Ausdruck auch medizinisch für unbedenklich, eine verminderte subjektive Schuld einer vermehrten Gefährlichkeit entspräche, wenigstens in der Regel. Er verlangt, daß die Minderwertigen als Geistesgesunde behandelt würden, nicht etwa als Geisteskranke. Dementsprechend hätte bei ihnen auch der Begriff der Verantwortlichkeit und der Strafe bestehen zu bleiben. *A.* schlug an Stelle der *Cramer*schen Wünsche spezialisierte Beschlüsse vor. Es wurde eine Kommission gewählt, welche derartige Vorschläge ausarbeiten soll. *Bleuler* (6) will *Cramer* darin nicht recht geben, daß mit Einführung des Determinismus der Begriff der Verantwortlichkeit falle. Nur der Begriff der Schuld könne mit ihr nicht mehr in Verbindung gebracht werden. Änderungen des Strafrechts würden also nicht vom Standpunkt des Determinismus aus erforderlich werden, sondern sie sind es deshalb, weil es sich praktisch nicht bewährt hat.

Das Problem der freien Willensbestimmung muß von allen Seiten in Angriff genommen werden. Deshalb muß sich der medizinische Sachverständige dazu äußern, sagt *Bresler* (9), auch wenn es sich dabei nicht um einen rein medizinischen Begriff handelt. Meist wird dem Mediziner ja vom Gericht diese Frage direkt vorgelegt. Dabei ist kein Übergriff des Mediziners auf juristisches Gebiet zu befürchten,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebensowenig die Gefahr, daß durch Verkennung des Begriffs von seiten der Sachverständigen eine zu große Anzahl Angeschuldigter den Armen der Gerechtigkeit entzogen würde und daraus eine Gefahr für die Gesellschaft erwüchse. Den Begriff der Willensfreiheit beleuchtet er dann vom Standpunkt des Theologen (*Th. Steinmann*), des Mediziners (*Hoche*) und des Juristen (*v. Hippel*) und weist nach, daß trotz des verschiedenen Ausgangspunktes alle zu demselben Ziel über den Begriff der Willensfreiheit gekommen sind. In Rücksicht auf die bevorstehende Reform des Strafprozesses und des Strafrechts höchst beachtenswerte Ausführungen macht *von Lilienthal* (39) über die Zurechnungsfähigkeit, die sich leider nicht in ein Referat zusammenfassen lassen. Hervorgehoben sei nur, daß er den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung in weitestem Maße Rechnung trägt. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit bedarf zu ihrer Lösung nicht nur strafrechtliche, sondern auch sichernde Maßnahmen. Erfolgen diese, dann wird die Angst der Juristen vor der Psychiatrie schwinden; denn was das Strafrecht einbüßt, gewinnt das Gebiet der Sicherungsmaßregeln, und damit ist der Gerechtigkeit am besten gedient.

An Stelle des Begriffs Willensfreiheit will *Kuffner* (34) bei der Entscheidung forensischer Fragen gesetzt wissen: „Hatte die Krankheit solchen Einfluß, daß eine Person zur Zeit der Begehung einer Straftat unfähig war, bewußt eine genügende Menge von Assoziationen über die Tat und ihre Folgen zu gebrauchen? War die Person unfähig, der Tat mit genügender Entschiedenheit aus dem Wege zu gehen?"

Friedenreich (16) erblickt das unterscheidende Merkmal für die Zurechnungsfähigkeit eines Individuums in seiner sozialen Möglichkeit; z. B. müssen solche Imbezille, die zu keiner Produktion sozialer Werte zu gebrauchen sind, infolge ihrer leichten Bestimmbarkeit und ihres Mangels an Hemmungen aber jederzeit bereit sind, Verbrechen zu begehen, sorgfältig in Anstalten verwahrt werden. Leute, die imstande sind, sich selbst zu unterhalten, brauchen dagegen nicht von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden, wenn sie auch hier und da mit den Gesetzen kollidieren (z. B. durch wiederholte Diebstähle). Bei ihnen muß stets versucht werden, sie durch Strafe auf dem rechten Wege zu halten. Erst wenn ihre absolute Unverbesserlichkeit erwiesen ist, gehören sie in Detentionsanstalten. Geborene Verbrecher, nach *Fr.* moralisch Defekte, gehören ins Zuchthaus. Kleptomanen und sexuell Perverse müssen für ihre Strafhandlungen bestraft werden. Nur wenn sie ausnahmsweise auch sozial unmöglich sind, hat bei ihnen Behandlung an Stelle der Strafe zu treten.

Die Anschauung, daß ein moralisch-ethischer Defekt stets von einem Intelligenzdefekt begleitet sein müsse, hält *Berze* (5) für irrtümlich. Er hält an dem Begriffe der moral insanity fest, nimmt aber nicht an, daß diesem Moraldefekte die Bedeutung eines die Zurechnungsfähigkeit in Frage stellenden Defektzustandes beigemessen werden darf. Auch sind mit solchen Defekten behaftete Individuen sehr wohl straffähig.

Nach *Grasset* (20) ist in Frankreich die Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit durch einen Ministerialerlaß vorgeschrieben, ein Gesetz besteht darüber nicht. Auch *Gr.* fordert Detention bis zur Heilung oder lebenslänglich für die Minderwertigen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fiolowsky (12) hält es für unrichtig, Trunkenheit als mildernden Umstand anzusehen und chronische Trinker nicht zu internieren, wenn sie wegen alkoholischer Bewußtseinsstörung exkulpiert worden wären. Auch die Internierung in eine Irrenanstalt genügte nicht, da sie dort bald als geheilt oder gebessert entlassen würden. Sie sollten in besonderen Anstalten untergebracht werden, sämtliche Trunksüchtige müßten unter Polizeiaufsicht gestellt werden. *Balser* (3) schildert im Beginn seines Referates zunächst die Formen der Alkoholvergiftung, welche in der forensischen Praxis am häufigsten zur Begutachtung kommen. Bei der Entscheidung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit wünscht er, daß auch der einfache Rausch schon die Bedingungen des § 51 erfüllen soll, wenn die Trunkenheit dem Täter die Erkenntnis von der Bedeutung des Vorganges unmöglich macht, ohne daß sinnlose Trunkenheit vorliegt. Einzelne richtige Reaktionen beweisen nicht die Intaktheit des Bewußtseins, die Bewegungsfreiheit ist in den atypischen Rauschzuständen besser erhalten als das Bewußtsein. Auch kann die Erinnerung an einen Zustand erhalten sein, in dem das Bewußtsein schwer getrübt war. Andrerseits ist nicht jeder Rausch eine geistige Störung, bei den meisten Leuten, welche angetrunken Verbrechen begehen, ist das Gefühl der Verantwortlichkeit und Schuld erhalten. *Heilbronner* (21) bespricht die Schwierigkeiten, welche die Trunkenheitsdelikte dem psychiatrischen Sachverständigen dadurch bereiten, daß er den Rausch, der seiner wissenschaftlichen Überzeugung nach eine Krankheit ist, in foro praktisch nicht als krankhaft behandeln darf, solange er nicht kompliziert ist. Er warnt vor übereilten Forderungen von seiten der Psychiatrie, was die Behandlung kriminell gewordener Trinker anlangt, und verspricht sich den meisten Erfolg noch von obligatorischer Kontrolle der entlassenen Trinker nach Entlassung aus der Anstalt, vor allem aber von Bekämpfung der Trunksucht und des Trinkens überhaupt. Auch *Hoppe* (24), der einen Überblick über die Wertung des Rausches in den verschiedenen Zeitaltern gibt, verlangt eine Berücksichtigung der einfachen Trunkenheit im Strafgesetzbuch der Zukunft und Trinkerzwangsbehandlung bzw. Verwahrung für Unverbesserliche. Die interessanten Fälle von krankhaftem Rausch und Affektzuständen, die *Jahrmärker* (27) mitteilt, sind durch die Schwere der in ihnen begangenen Verbrechen, meist handelte es sich um Mord, bemerkenswert. Die Gerichte schlossen sich nicht immer dem Gutachten an, obwohl der Nachweis einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit geführt werden konnte. *Wassermeyers* (55) vorzügliche Darstellung des Alkoholdelirs bespricht auch die Beziehung des Deliriums zur Strafgesetzgebung. Unter den Konflikten der Deliranten stehen Gewalttätigkeiten obenan, auch Tötung, falsche Anschuldigung, Angriffe auf die Angehörigen, die von den Kranken verwechselt werden, und Selbstmordversuche kommen vor. Ein Kranker wurde dabei betroffen, wie er versuchte, mit dem Taschenmesser die Läden eines herrschaftlichen Hauses zu erbrechen, das er für die Behausung eines seiner Freunde hielt.

Vergehen, welche in dem oft wochenlangen Vorstadium begangen werden, sind am schwierigsten zu beurteilen. In diesem Stadium können schon so erhebliche Störungen der psychischen Funktionen vorkommen, daß die Zurechnungsfähigkeit ganz oder teilweise aufgehoben wird. *W.* teilt einen Fall mit, in dem ein Kaufma


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

falsche Eintragungen in seine Bücher gemacht hatte, und bei dem sich eine krankhafte Störung im Vorstadium des Delirs als Grund dafür nachweisen ließ. Es erfolgte Freisprechung.

Die plötzlich bei ihr auftretenden Erregungszustände, die sinnlosen Handlungen, welche aus mehr oder weniger hochgradiger Verblödung hervorgehen, führen bei der Dementia praecox zu häufigen Konflikten mit dem Strafgesetz. Der Mangel an Energie, der Verlust der Triebhemmungen kommt fördernd für kriminelle Handlungen hinzu. *Sartorius* (50). Öffentliches Ärgernis, Diebstahl und Vagabondage stehen bei Dementia praecox im Vordergrunde. Verbrechen gegen Leben und Gesundheit, Sittlichkeitsverbrechen, Betrug und Unterschlagung treten dagegen zurück. Körperverletzungen entbehren häufig des Motivs und werden mit großer Brutalität ausgeführt. Beim Militär kann die Dementia praecox durch die neuen Verhältnisse hervorgerufen werden, Negativismus führt zu Gehorsamsverweigerung, die gemütliche Stumpfheit zur Fahnenflucht. Verkennung dieser Zustände ist eine Hauptursache zur Soldatenmißhandlung. In zivilrechtlicher Hinsicht genügt bei Remission und Defektheilung eine Pflegschaft; bei Ehescheidungsprozessen ist die ungewisse Prognose nicht außer acht zu lassen. Auch *Foerster* (13) weist auf die große forensische Bedeutung der Dementia praecox hin. Er verfügt im ganzen über 57 Fälle, welche die verschiedensten Verbrechen begangen hatten. Die Ursachen lagen in der Demenz und Urteilslosigkeit, in ethischer Entartung, Impulsivität und in imperatorischen Halluzinationen und in Wahnvorstellungen. Nach Alkoholgenuß kommt es bei den Kranken nicht selten zu eigentümlichen Dämmerzuständen. In der Frage der Ehescheidung ist bei Dementia praecox große Vorsicht geboten.

Angeregt durch die Mitteilungen von *Schott* berichtet *Kölpin* (32) über 2 Mörder, die an Dementia praecox litten. Bei dem einen war die Diagnose aus ethischen, intellektuellen und Urteilsdefekten leicht zu stellen, Alkoholgenuß vor der Tat hatte ihn des letzten Restes von Hemmungen beraubt. Schwieriger lagen die Verhältnisse bei dem zweiten Mörder. Bei ihm war schon 4—5 Jahre vor der Tat eine Veränderung seines Wesens aufgefallen, zeitweilig waren auch Erregungszustände, Andeutungen von Verfolgungswahn und Gehörshalluzinationen aufgetreten. Die Diagnose auf beginnende Dementia praecox ließ sich aus der Abstumpfung aller höheren, sittlichen Gefühle und der gemütlichen Verblödung stellen. Die Tat selbst ist eine impulsive Handlung, wie sie bei der Dementia praecox vorkommt, und wie sie auch bei dem Inkulpaten früher schon beobachtet worden ist. Freisprechung. Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose. *Wachsmuth* (54) teilt ein Gutachten über einen verwirrten Katatoniker mit, der einen Doppelmord, einen Mord- und Selbstmordversuch begangen hatte. Die Diagnose der Krankheit war leicht, die Zurückführung der Tat auf krankhafte Motive bot keine Schwierigkeiten.

Nach *Aschaffenburg* (1), der auf statistischem Wege die Beteiligung der Greise an den einzelnen Formen der Verbrechen berechnet hat, entspricht die Art und die Zahl der Delikte bei den Greisen dem Maße, in dem sie am öffentlichen Leben beteiligt sind. Überraschend häufig sind bei ihnen nur die Sittlichkeitsverbrechen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daher sollte jedesmal, wenn jemand im Greisenalter ein Sittlichkeitsverbrechen begeht, seine Zurechnungsfähigkeit genau geprüft werden. Eine gesetzliche Festlegung dieser Forderung lehnt *A.* aber ab, damit nicht die Richter zu einer schematischen Behandlung aller Fragen nach der Zurechnungsfähigkeit verleitet würden. *Buch* (10) beschreibt in seiner Dissertation einen jener seltenen Fälle, in denen ein senildementer Mann seine Ehefrau ermordete.

In sehr ausführlicher Weise stellt *Többen* (53) die Literatur über die epileptischen Dämmerzustände zusammen. Er erörtert dann unter Mitteilung zweier selbstbeobachteter Fälle die psychologischen Faktoren, welche Kranke in Dämmerzuständen zu kriminellen Handlungen veranlassen können, und die Hauptgruppen von Verbrechen, welche im Dämmerzustande begangen werden. In erster Reihe stehen die Gewaltverbrechen gegen Leib, Leben und Eigentum, dann kommt Brandstiftung, die Reisewut und die Sittlichkeitsverbrechen. Solche richten sich nicht selten gegen Kinder, vielfach wird im Dämmerzustande exhibitioniert. Insubordination, Widerstand und Fahnenflucht kommen beim Militär besonders häufig vor. Niemals soll ein Dämmerzustand ohne epileptische Antezedentien angenommen werden; ist der Angeklagte Epileptiker und versucht er einen Dämmerzustand zu simulieren, so wird die Begutachtung außerordentlich erschwert. In zivilrechtlicher Beziehung kommen bisweilen Eheschließungen im epileptischen Dämmerzustande zur forensischen Begutachtung, die Zeugnis- und Eidesfähigkeit kann starken Zweifeln unterliegen. Ausführliche Literaturangabe. *Nehmet* (43) teilt mehrere Fälle von transitorischen Bewußtseinsstörungen bei Epileptikern mit, die in diesen Zuständen kriminell geworden sind. Er zieht folgende Schlüsse aus den mitgeteilten Krankengeschichten: Das Bewußtsein der Epileptiker kann nach längeren oder kürzeren Pausen minutenlang oder auf Monate hinaus mehr oder weniger tief getrübt sein, sich traumartig verdunkeln oder gänzlich aufgehoben sein. Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses oder totale Amnesie sind die notwendigen Folgen. Die in solchen Zuständen von Bewußtseinsstörung begangenen Verbrechen stehen häufig im Widerspruch mit dem Betragen und Charakter des normalen Bewußtseins, stets jedoch tragen sie das Zeichen der Impulsivität. Aus dem Dämmerzustande können falsche Gedächtnisbilder in den wachen hinübergenommen werden. es kann auch eine andersartige, neue Selbstanklage geäußert werden. Die Gedächtnisstörungen lassen die Selbstanklagen als falsch erscheinen. Stets muß man die in Dämmerzuständen begangenen Handlungen nach ihrer Gesamtheit beurteilen, da sonst einzelne, scheinbar geordnete Züge der Handlungen über die krankhaften Motive täuschen können. *Schmitz* (51) berichtet über epileptische Dämmerszutände aus seiner Praxis, in denen folgende forensische Fragen zu beantworten waren: a) ob eine Person, an der ein Verbrechen begangen ist, zur Zeit der an ihr begangenen Tat sich in einem Dämmerzustand befand, also willen- und bewußtlos war; b) ob eine Angeklagte zurzeit der Begehung der Tat sich in einem derartigen Zustande befand; c) ob eine Person bei Abschließung eines Rechtsgeschäftes sich in einem epileptischen Dämmerungszustande befand, der ihre Handlungsfähigkeit beeinflußte. In Zweifelsfällen soll immer Beobachtung in einer Anstalt vorgeschlagen werden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weygandt (56) widerlegt in seinem Vortrage die medizinischen Gründe, welche gegen den § 175 ins Feld geführt werden. Auch die juristischen Bedenken erscheinen ihm nur zum kleinen Teil begründet. Trotzdem hält *W.* den Paragraphen für entbehrlich. Der Vortrag bringt viele literarische und geschichtliche Notizen sowie die eigenen Erfahrungen und Anschauungen des Autors über die Homosexualität. *Löwenfeld* (40) vergleicht die geset liche Verfolgung der Homosexuellen nach § 175 mit den Judenverfolgungen und Hexenverbrennungen des Mittelalters und betrachtet es als Aufgabe der Wissenschaft, dieser „Epidemie" entgegenzutreten. Er gibt dann eine Einteilung der Homosexuellen, eine Darstellung der wissenschaftlichen Ansichten über die Entstehung der gleichgeschlechtigen Sexualempfindungen und spricht dem § 175 die Berechtigung ab, da er sich gegen psychische Abweichungen von der Norm, also Krankheit, richte, nichts gegen diese geleistet und böse Auswüchse (Erpressertum) gezeitigt habe.

Auch gegen die zivilrechtliche Auffassung des Begriffs der Homosexualität als Beleidigung (vgl. *Bülow-Brand*-Prozeß) wendet er sich. Die Kontroverse zwischen *Knapp* (31) und *Hirschfeld* (22) zeigt, wie gut es ist, wenn jeder Gutachter sich genau informiert, ehe er ein Gutachten abgibt oder ein Gutachten kritisiert. Der Psychiatrie kann nur gedient werden, wenn solche Auseinandersetzungen in Zeitschriften ganz vermieden werden.

Leers (35) ist der Ansicht, daß der Exhibitionismus nur auf pathologischer Grundlage vorkommt und man zu Unrecht von einem gewohnheitsmäßigen Exhibitionieren Geistesgesunder spräche. In den Fällen, die er zum Beweise kritisiert, fand *L.* fast stets krankhafte Züge im Leben und in der Heredität der Untersuchten. In den meisten Fällen liegt Unzurechnungsfähigkeit vor. Der Exhibitionismus ist eine von den Varietäten der geschlechtlichen Befriedigung, gemischt mit sadistischem Beigeschmack. Er kommt bei Homosexuellen und bei Frauen vor.

Die Bestrafung der Exhibitionisten bleibt fast immer wirkungslos. Zweckmäßiger ist die Behandlung ihrer Psychopathie, bei Unverbesserlichen muß dauernde Anstaltsverwahrung an Stelle der Bestrafung oder Behandlung treten. Der Richter möge stets einen Sachverständigen bei der Aburteilung hören.

Zwei ausführliche Gutachten von *Raecke* (46) beschäftigen sich mit Exhibitionismus und Stehltrieb, beides auf Grund von Zwangsvorgängen. Die erste sehr interessante Schilderung betrifft einen psychopathischen Beamten, bei dem sich infolge Alkoholismus exhibitionistische Neigungen, später mit einer Phthise ausgesprochene Zwangsvorstellungen in exhibitionistischer Richtung entwickelten. Der zweite Fall verdient dasselbe Interesse. Eine 30 jährige, belastete Landwirtsfrau bekommt bei ihrer ersten Gravidität hysterische Erscheinungen, Stimmungswechsel, Reizbarkeit, Willensschwäche, nervöse Beschwerden, menstruelle Erregungen. Bei ihr tritt später ein zwangsartiger Stehltrieb auf, der sich in seinen Anfängen schon während der ersten Schwangerschaft gezeigt hatte. Beide Fälle kommen zur gerichtlichen Behandlung. Es erfolgte Freisprechung auf Grund von § 51. Eine 46 jährige Näherin, welche *Försterling* (14) beobachtete, stahl seit ihrer Kindheit, wo sie konnte, zu ihrem Vergnügen. Später bekam sie bei den Diebstählen, durch die Aufregung bei der Festnahme und bei gelegentlichen Züchtigungen Orgasmus


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Epileptisch gefärbte Stimmungsschwankungen, Halluzinationen lassen die Patienten trotz normaler Intelligenz abnorm erscheinen, das Stehlen ist als Triebhandlung einer Degenerierten aufzufassen. Ein jüdischer Bäckergehilfe riß zwei weiblichen Selbstmörderinnen die Schamhaare aus, nachdem ihm die Ausführung seiner Absicht, mit einer der Leichen den Koitus zu vollziehen, nicht gelungen war. *Lezanski* (38).

Im Falle des Pastors Lang, den *Gerlach* (19) schildert, handelte es sich um die Feststellung, ob L., der bezichtigt war, Schmähbriefe geschrieben zu haben, dies im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit getan hätte; die Feststellung wurde ganz besonders dadurch erschwert, daß L. ein Degenerierter war und in der Haft eine Psychose überstand. Für die Zeit der Begehung der Tat ließ sich Geisteskrankheit ausschließen; es erfolgte Verurteilung.

Hoppe (25) begutachtete zwei Personen, von denen die eine an nervöser Reizbarkeit, die andere an einem leichten Grade von Schwachsinn litt. Beide zeigten Symptome von Geisteskrankheit, die zweifellos simuliert waren. Auch in den beiden Fällen von *Riehm* (48) handelte es sich um degenerierte Simulanten, die wiederholt für krank erklärt waren, und *Rosenbach* (49) beobachtete zwei Soldaten und einen Unfallverletzten, welche ein psychisches Leiden simulierten. In allen Fällen stellte das Symptom falscher Antworten nur einen Versuch dar, Schwachsinn vorzutäuschen. *R.* möchte dieses Symptom nur in Verbindung m t nachweisbarer Bewußtseinstrübung und mit Intelligenzdefekten als pathognostisch angesehen wissen. Er machte auch darauf aufmerksam, daß das *Moeli-Ganser*sche Symptom fast ausschließlich bei Leuten gefunden ist, welche forensisch begutachtet werden mußten, entweder in Kriminalsachen oder im Rentenverfahren.

Mairets (41) Buch über die Simulation von Geistesstörungen berücksichtigt eingehend sämtliche Formen und gibt Anweisungen zur Entlarvung der Simulanten.

III. Kriminal-Anthropologie und -Psychologie.

1. *Agosti*, Das Verbrechen bei den Jugendlichen. Arch. di Psichiatria. Fasc. I—II.
2. *Albrand*, *W.*, Okulistische Beiträge zur Wertung der Degenerationszeichen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. I. (S. 44*.)
3. *Ascarelli*, Der Schädel-Gesichts-Typus bei 300 Mördern. Arch. di Psichiatria. Fasc. III.
4. *Aschaffenburg*, Impulsives Irresein. Allg. Zeitschr. f. f. Psych. Bd. 65. S. 149. Sitzungsber. (S. 42*.)
5. *Aschaffenburg*, Pseudologia phantastica. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. Sitzungsber.
6. *Behr*, *V.*, Beiträge zur gerichtsärztlichen Diagnostik an Kopf, Schädel und Gehirn. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Würzburg. Jena. Fischer. (S. 44*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. *Birnbaum*, Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. S. 524. Sitzungsber

8. *Bischoff*, Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 2 und 3. (S. 41*.)

9. *Breitenstein*, Gerichtliche Medizin der Chinesen von Wang-in-Hoa. Leipzig, Griebens Verlag. 175 S. (S. 44*.)

10. *Burr*, *Ch. W.*, Imbecility and crime and the legal restraint of imbeciles. Pensylvania med. journal. June.

11. *Cabanis*, Castration et criminalité. Bull. de Thérapie CLVI p. 321.

12. *Chyle*, *Fr.*, Der Selbstmord als Spekulation des modernen Verbrechertums. 2. Aufl. Wien, Huber und Lahme. 32 S. (S. 43*.)

13. *Courjon*, *J.*, Les débiles moraux à réactions antisociales. Paris Vigot frères. 147 S. (S. 53*.)

14. *Del Greco*, *Fr.*, Vecchia e nuova antropologia criminale. Arch. d Psichiatria XXIV. Nr. 1.

15. *Donath*, *Julius*, Über hysterische Amnesie. Arch. f. Psych. 64 H. 2. S. 559. (S. 41*.)

16. *Drew*, *C. A.*, An Insane Malingerer. American journal of insanity Vol. LXIV. No. 4. April.

17. *Ellis*, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage. Würzburg, Stubber. 317 S. (S. 43*.)

18. *Flügge*, Zum Entwurfe einer Strafprozeßordnung nebst Novelle zum Gerichtsverfassungsgesetz. Deutsche med. Wochenschr. XXXIV, 38.

19. *Foerster*, *R.*, Referat über impulsives Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. Sitzungsber. (S. 42*.)

20. *Gasparini*, Ein Fall von femininer Homosexualität. Arch. d Psichiatria. Fasc. I—II.

21. *Glos*, Vorleben und Vorgehen eines Raubmörders. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 4. S. 339.

22. *Gudden*, *H.*, Das Wesen des moralischen Schwachsinns. Arch. f Psych. und Nervenkrankh. H. I. (S. 42*.)

23. *Gudden*, *H.*, Massensuggestion und psych. Massenepidemien. München, Otto Gmelin. 20 S.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

24. *Hellpach*, Psychopathische Kausalketten und ihre forensische Würdigung. Monatsschrift f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 484.

25. *Hellwig, A.*, Verbrechen und Aberglaube. 139 S. 8°. Leipzig, B. G. Teubner. (S. 43*.)

26. *Hellwig*, Kriminalistische Aufsätze. H. Groß' Arch. Bd. 31. S. 67 und 282. (S. 43*.)

27. *Hirsch*, Das Geschlechtsleben und seine Abnormitäten. Berlin, Pulvermacher und Co. 198 S.

28. *Hoppe*, Die Kriminalität der Juden im Kgr. Sachsen. Zeitschr. f. Demograph. u. Statist. der Juden III. S. 140—144.

29. *Joerger*, La famille Zéro. Arch. d'anthropol. crimin. Nr. 172. (S. 40*.)

30. *Kleemann, E.*, Die Gaunersprache. H. Groß' Arch. S. 236. (S. 44*.)

31. *Koettig*, Aberglaube und Verbrechen. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 2 und 3. (S. 43*.)

32. *Köppen und Kutzinski*, Über Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Dämmerzustand. Charité - Annalen XXXIII 161.

33. *Kraepelin, Emil*, Zur Entartungsfrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. N. F. XIX 20. p. 745. (S. 40*.)

34. *Kühlewein*, Kriminalpsychologie und Strafrechtspflege. Referat. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 7.

35. *Kutner*, Der pathologische Rausch. Med. Klinik. Nr. 36. (S. 40*.)

36. *Lichtenstein*, Der Kriminalroman. München, Ernst Reinhardt. 61 S. (S. 44*.)

37. *Martens*, Unzucht mit Kindern. Zeitschr. f. Sexual-Wissenschaft.

38. *Marx*, Ovulation, Schwangerschaft und forensische Psychiatrie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. (S. 43*.)

39. *Mathies*, Ein Fall von hysterischem Dämmerzustand mit retrograder Amnesie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 65. H. 2. S. 188. (S. 42*.)

40. *Meisl, A.*, Über Homosexualität. Wien. klin. Rundschau XXII 12. 13.

41. *Michel*, Der Vollzug der Freiheitsstrafen und die neue Hausordnung für die Strafanstalten in Bayern. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 8.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

42. *Milson Rhodes*, Geistig Minderwertige in Gefängnissen. Brit. med. journal. Nr. 2478.

43. *Moll*, Heilmagnetiseure in forensischer Beziehung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. XXXV. Suppl. (S. 43*.)

44. *Mönkemöller*, Die Kriminalität der Korrigendin. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 506. (S. 39*.)

45. *Mönkemöller*, Psychiatrie und Seelsorge in der Frauenkorrektionsanstalt. Zeitschr. f. Religionspsychologie. Bd. I. H. 4. S. 146. (S. 39*.)

46. *Mönkemöller*, Statistischer Beitrag zur Naturgeschichte der Korrigendin H. Groß' Arch. S. 297. (S. 39*.)

47. *Müller, Christian*. Die Psyche der Prostituierten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 24. S. 566. Sitzungsber. Diskussion.

48. *Nadastiny, Franz*. Untermenschen. 190 S. 6 Mk. Leipzig, O. Wigand. (S. 44*.)

49. *Naecke*, Die Diagnose der Homosexualität. Neur. Zentralbl. S (S. 43*.)

50. *Naecke*, Einteilung der Homosexuellen. Allg. Zeitschr. 65. (S. 43*.)

51. *Nemeth*, Die Psychologie der Simulation bei Verbrechern. Budapesti orvosi ujsag. H. 1.

52. *Nemeth, Eden*, Die Frage der Gemeingefährlichkeit vom forensisch-psychiatrischen Standpunkte. Budapesti orvosi ujsag. H. 2 und 3. (S. 38*.)

53. *Plempel*, Zur Frage des Geisteszustandes der heimlich Gebärenden. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 24. S. 561. Sitzungsber. Diskussion.

54. *Pollitz*, Stellung und Aufgabe des Strafanstaltsarztes. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 24. S. 561. Sitzungsber.

55. *Prinzing, Fr.*. Die Vererbung pathologischer Eigenschaften. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. H. 1. S. 7. (S. 40*.)

56. *Redlich*, Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Med. Klinik. Nr. 7. (S. 42*.)

57. *Reiß, E.*, Klinisch-psychologische Studien an Alkoholberauschten. Psychol. Arbeiten von E. Kraepelin. V. 3. p. 371. (S. 41*.)

58. *Risch*, Über die phantastische Form des degenerativen Irreseins. (Pseudologia phantastica.) Allg. Zeitschr. f. Psych. H. IV. (S. 42*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

59. *Risch*, Forensische Bedeutung der psychogenen Zustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. S. 261. (S. 42*.)
60. *Risch*, Haftpsychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.
61. *Schaefer*, *H.*, Schwachsinniger Erfinder und Querulant. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. XXXV. (S. 43*.)
62. *Schröder*, Die Eklampsie der Schwangeren und Gebärenden in gerichtsärztlicher Beziehung mit Verwertung eines ein schlägigen Falles. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. XXXVI. H. 2. S. 271.
63. *Schultz*, *J. H.*, Assoziationsversuche zur Tatbestandsdiagnostik. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 245. Sitzungsber. (S. 38*.)
64. *Seifart*, *H.*, Der moralische Schwachsinn. Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger. XXVIII 2.
65. *Serry*, Versuche über die Beziehungen von Epilepsie und Alkoholismus. Klin. f. psych. und nerv. Krankh. Bd. III. H. 3. (S. 41*.)
66. *Sichel*, *M.*, Über die Geistesstörungen bei den Juden. Neur. Zentralbl. Nr. 8. (S. 40*.)
67. *Soutzo et Dimitresco*, D'une classe d'alcooliques chroniques amoraux. Annales medico-psychologiques. Mai-Juni. (S. 41*.)
68. *Stoll*, Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie. Leipzig, Veit & Co. 1020 S. 30 M.
69. *Straßmann*, Familienmord. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Supplement. XXXV.
70. *Strauch*, Der gegenwärtige Stand und Wert der Kriminalanthropologie. Ber. der XXV. Hauptversammlung des Pr. Med.-B.-Ver. Berlin. S. Fischer.
71. *Strohmayer*, *W.*, Zur Kritik der Feststellung und der Bewertung psychoneurotischer erblicher Belastung. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie. V. 4. (S. 40*.)
72. *v. Sury*, Beitrag zur Kasuistik des Selbstmordes während der Geburt. Münch. med. Wochenschr. 29. (S. 41*.)
73. *Sutherland*, *F.*, Recidivism. regarded from the eviron-mental and psychopathological stand points. Journal of ment. science Nr. 225. p. 289. (S. 40*.)
74. *Svorcik*, Zwei geistesgestörte Verbrecher. H. Groß' Arch. Bd. 29. H. 2 und 3.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

75. *Topp*, *Rudolf*, Fall von konträrer Sexualempfindung. Friedreichs Blätter I. (S. 43*.)

76. *Toulouse*, *E.*, Rapport sur le maintien dans un asile privé d'une femme atteinte de délire de persécution avec interprétations multiples. Revue de Psychiatrie. XII. Nr. 5.

77. *Vogt*, *H.*, Epilepsie und Schwachsinnszustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. XLVIII. H. 5/6. (S. 41*)

78. *Vogt*, *H.*, Alkohol und Epilepsie. Fortschritte der Medizin. Nr. 31 und 32.

79. *Voss*, *v.*, Zur Ätiologie der Dämmerszutände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. XXXI, 18. (S. 41*.)

80. *v. Voss*, *G.*, Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für die praktischen Ärzte. Samml. zwangl. Abhandlung. Bd. 7. H. 7. Halle, Marhold. 1908.

81. *Waldschmidt*, Der Alkoholismus, seine sozialen Beziehungen und seine Bekämpfung. Jur.-psych. Grenzfragen. VI.

82. *Walker*, A case of matricide and attempted suicide with brief psychological analysis. Journal of nerv. and mental disease. Nr. 3. p. 144. (S. 43*.)

83. *Wassermann*, Ist von einem Reichsalkoholmonopol ein kultureller Einfluß zu erwarten? Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 558. (S. 41*.)

84. *Weinberg*, Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfragen. VI. H. 1.

85. *Willmanns*, Über Gefängnispsychosen. Halle, Marhold. 65 S. (S. 39*.)

86. *Wulffen*, *E.*, Psychologie des Verbrechers. Handbuch für Juristen, Ärzte, Pädagogen und Gebildete aller Stände. Verlag Paul Langenscheidt, Gr.-Lichterfelde. 2 Bde. 25 M. (S. 39*).

Schultz (63), der zahlreiche psychologische Versuche zur Tatbestandsdiagnostik an Gesunden gemacht hat, warnt vor Überschätzung der Leistungsfähigkeit der Methode. Niemals dürfen bei den Experimenten Experimentator und Beurteiler dieselbe Person sein, die Trennung dieser beiden Funktionen ist erstes Erfordernis für den objektiven Charakter des Experimentes.

Nach *Nemeth* (52) bedeutet Gemeingefährlichkeit einen Zustand, in welchem ein Individuum die persönliche und Vermögenssicherheit ständig und in höherem Grade gefährdet. Unter physiologischen Verhältnissen findet sich dieser Zustand bei Vagabunden, Bettlern, Zigeunern, Gewohnheitsverbrechern und Hochstaplern;


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pathologische Verhältnisse bedingen ihn bei Geisteskranken und bei den an der Grenze der Geisteskrankheit stehenden sog. geistig Minderwertigen. Diese sind weit gefährlicher als die Geisteskranken, da ihnen ihr Zustand in der Strafrechtspflege meist als mildernder Umstand zu Hilfe kommt und ihnen ein niedriges Strafmaß verschafft. Von 6049 Verbrechern waren 650 Degenerierte, Hysterische, Schwachsinnige oder Epileptiker, 846 Alkoholisten. Von den Rückfälligen waren 15,9% Degenerierte u. ä., 23,7% Alkoholisten, von den Erstverbrechern nur 5,2% degeneriert und nur 3,6% Alkoholisten. *N.* fordert lange Detention der Degenerierten und Alkoholisten in besonderen Anstalten. In seinem zweibändigen Werke über die Psychologie des Verbrechers hat *Wulffen* (86) mit großem Fleiße zusammengestellt, was zum Verständnis des Verbrechers wichtig ist. Das erste Kapitel enthält ein Einführung in die Physiologie und Psychiologie, das zweite eine Einführung in die Psychiatrie, in die Wissenschaften, die der Jurist kennen muß, wenn er dem Objekte seiner strafrechtlichen Tätigkeit gerecht werden will. Anthropologie und statistische Mitteilungen über die Kriminalität bringt das dritte und vierte Kapitel. Im fünften wird die Ethik, im sechsten die Charakterologie behandelt, das siebente ist der speziellen Psychologie des Verbrechers gewidmet. Im achten und letzten Abschnitt behandelt W. die Psychologie des Strafverfahrens und des Strafvollzuges. Das Buch ist geschrieben unter dem Gesichtspunkte moderner kriminalistischer Bestrebungen, namentlich von *Liszt*schen Anschauungen. Schutz der Gesellschaft, nicht Strafe verlangt *W.* vom Gesetz der Zukunft.

*Mönkemöller*s (46) statistische Mitteilungen aus der Korrektionsanstalt zu Himmelstür haben besonderes Interesse, weil sie sich auf eine große Zahl (1920) und über einen langen Zeitraum (30 Jahre) erstrecken und fast die einzigen Untersuchungen über die Korrigendinnen sind, welche bisher von ärztlicher Seite gemacht wurden.

In einer anderen Schrift (45) wendet *M.* sich gegen die von geistlicher Seite früher und auch heute noch gemachten Versuche, die Korrigendinnen allein unter geistlichen Einfluß zu stellen, und weist nach, aus welchen psychiatrischen Gründen der geistliche Einfluß in den meisten Fällen schon theoretisch unwirksam bleiben muß, Gründe, welche die Praxis jederzeit in vollem Umfange bestätigt hat.

Eine dritte Arbeit (44) behandelt die Kriminalität der Korrigendinnen. Die Einzelheiten der gründlichen Arbeit können hier nicht alle angeführt werden. Bemerkt sei nur, daß 1920 Korrigendinnen zusammen 24 978 gerichtliche Strafen erlitten hatten (13 pro Kopf). Zahlreiche Tabellen und Kurven veranschaulichen die einzelnen Delikte, das Alter, in dem sie begangen wurden usw.

Eine gründliche Arbeit über Gefängnispsychosen, die den Arbeiten *Sieferts* und *Bonhoeffer*s zur Seite gestellt werden kann, bringt *Willmanns* (85). Er verfügt über das reiche Material von 277 Krankengeschichten, das er in erschöpfender Weise verarbeitet hat. Es dominieren die Verblödungsprozesse mit 49%, dann folgen die degenerativen Psychosen mit 30%, der Rest verteilt sich auf Epilepsie (4%), Delirium tremens, Paralyse, manisch-depressives Irresein, Lues cerebri, Alkoholepilepsie und eine Anzahl von Fällen, in denen keine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte. Die Arbeit behandelt ausführlich den Zusammenhang von Geistes-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankheit und Kriminalität, Krankheit und Strafhaft und den Einfluß der Haft auf die Krankheitsbilder, sowie die in der Untersuchung und Strafhaft beobachteten klinischen Bilder der einzelnen Psychosen. Die Endresultate, zu denen W. kommt sind denen von *Bonhoeffer* und *Siefert* ähnlich. Leider ist es nicht möglich, die Einzelheiten der verdienstvollen Arbeit in einem kurzen Referate zu bringen, die Arbeit bringt jedem, der forensisch psychiatrisch tätig ist, eine Bereicherung des Wissens in klarer, übersichtlicher und verständlicher Form.

In einer ausführlichen Arbeit schildert *Sutherland* (73) die Momente, die bei der Rückfälligkeit des Verbrechers zugrunde zu legen sind. Berücksichtigung der hereditären Verhältnisse, der Entwicklung in der Kindheit ist erforderlich. Im Jahre 1903 wurden in England und Schottland 166 180 Verbrechen begangen, 15% Verbrechen, 85% Vergehen. (1 auf jede 27. Person.) Der Alkohol spielte dabei eine große Rolle, er war mit 70% der Affektverbrechen die Ursache. Sexuelle Delikte werden häufig von Psychopathen begangen; bei ihnen, bei Raub und Körperverletzung überwiegen bei weitem die Männer. 18,5% der Verbrecher waren noch nicht 16 Jahre alt. Von den im Jahre 1903 Gefangenen konnten die meisten nur wenig, 24% gut lesen und schreiben, 0,08% besaßen höhere Bildung. Von den Verbrechern gehörten 60% dem Arbeiterstande an, davon war ein großer Teil Gelegenheitsarbeiter. Wie *Sichel* (66) feststellt, entspricht die Anzahl der jüdischen Geisteskranken dem prozentualen Anteil, den sie an der Gesamtbevölkerung haben. Epileptische und alkoholische Geistesstörungen sind bei den Juden seltener, andere, namentlich zirkuläre Formen und die Paralyse, häufiger als bei den Christen.

Strohmayer (71) bestreitet den Wert der Erblichkeitsforschung, wie sie jetzt nach dem anamnestischen Material der Anstalten für psychisch Kranke betrieben wird. Er verspricht sich größeren Nutzen von der Aufstellung von Stammbäumen und Ahnentafeln einzelner Individuen. Aus diesen allein lassen sich sichere Schlüsse ziehen. Die genealogische Kausalität der Ahnentafel ist nach ihm die Grundlage jeglicher Erblichkeitsbetrachtung. Die Erblichkeitswirkung hängt nicht allein von der Schwere der erblichen Belastung der Ascendenz ab. Für die Nachkommenschaft eines kranken Individuums kommen am meisten die Chancen in Betracht, die seine Ahnentafel gibt. Die Erblichkeit ist die wichtigste Ursache psycho-neurotischer Zustände. Da wir über die Art und den Umfang ihrer Wirkungsweise nichts wissen darf sie bei der Begutachtung keine Rolle spielen. Einen hochinteressanten Beitrag zur Kriminalanthropologie liefert *Joerger* (29) in seiner Schilderung der Familie Zero. Der Studie ist ein ausführlicher Stammbaum beigegeben, der die fortschreitende Degeneration gut illustriert. *Prinzing* (55) bringt Bekanntes über die Vererbung körperlicher und geistiger pathologischer Eigenschaften, auch *Kraepelin* (33) äußert sich zur Entartungsfrage.

Kutners (35) schöne Studie faßt alles zusammen, was wir vom pathologischen Rausch, seinen Ursachen, seinem Verlauf und seinen forensischen Konsequenzen wissen. Die beste Therapie ist Anstaltsbehandlung und Alkoholentziehung. Die forensische Beurteilung ist nach dem Abklingen des Rausches sehr schwierig, man hat die Vorgeschichte, das Mißverhältnis zwischen Alkoholmenge und der Schwere der Erscheinungen, das Verhalten des zu Beurteilenden während der Verhaftung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genau zu berücksichtigen. *Soutzo* und *Dimitresco* (67) teilen 9 Fälle von kriminell gewordenen chronischen Trinkern mit, besprechen die Zahl der in Frankreich dem Trunke zur Last fallenden Verbrechen und verlangen für kriminelle, rückfällige Trinker rücksichtslose Unterbringung in Anstalten für Trinker, für die Mehrzahl auf Lebenszeit.

Nach den Untersuchungen von *Reiss* (57) ruft der Alkohol starke Erschwerung aller geistigen Leistungen, der Auffassung und der Verarbeitung äußerer Reize hervor. Bei einem Teil der Betrunkenen wird auch die Auslösung von Willensantrieben erleichtert. *R.* hat seine Versuche an schwer Betrunkenen gemacht, die in München anstatt zur Wache in die psychiatrische Klinik gebracht werden. Experimentelle Versuche *Serrg*s (65) bestätigten die Erfahrungen der Klinik über die nahen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Sie beruhen in einer starken, psychomotorischen Übererregbarkeit, die beiden Zuständen eigen ist. *H. Vogt's* (77) Arbeit legt den Einfluß des Alkoholismus, namentlich den des chronischen, auf die Nachkommenschaft und auf latent vorhandenen epileptische Anlage dar. Bei zwei chronischen Alkoholisten beobachtete v. *Voß* (79) Dämmerzustände. Sie dauerten wenige Tage bei dem einen, drei Monate bei dem anderen und glichen ganz den hysterischen Dämmerzuständen. Im freien Bewußtseinszustande fand *V.* an den Kranken keine Zeichen von Hysterie. Er sieht diese Zustände als Äquivalente eines Delirium tremens an.

Ein Reichsalkoholmonopol wird nur dann von Nutzen sein, eine Abnahme des Konsums und damit der Trunkenheitsdelikte bringen, wenn damit ähnliche sozialhygienische Einrichtungen verbunden werden, wie sie in der Schweiz und in Nordkarolina bestehen. Ein rein fiskalischen Interessen dienendes Monopol wie in Rußland wird die Trunksucht nur fördern. *Wassermann* (83).

Bischoff (8) hat den Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden zum Gegenstand einer sehr eingehenden Arbeit gemacht. Seine Resultate lassen sich so zusammenfassen: Bei Frauen, welche entbinden wollen, sind Geisteskrankheiten und vorübergehende abnorme Geisteszustände selten. Sie kommen fast nur bei disponierten Frauen vor. Nur selten kommt ein in einem solchen Zustande begangener Kindesmord zur gerichtlichen Verfolgung. Die Geburtsvorgänge sind nicht imstande, die Affekte der heimlich Schwangeren zu einer pathologischen Höhe zu steigern. In der Mehrzahl der Fälle wird der Kindesmord bei klarem Bewußtsein begangen. Sind die Geburtsvorgänge besonders erschöpfend für die Mut er, so hindert das einen Kindesmord eher. Geistesschwache, ledige Erstgebärende besitzen eine besondere Disposition zum Kindesmord. *Sury* (72), welcher 2 Fälle von vollendetem Selbstmord während der Geburt beschreibt, spricht sich dahin aus, daß bei psychisch gesunden Frauen weder durch die Erschöpfung bei dem Geburtsakt noch durch die Wehen ein geistig abnormer Zustand entstehen könnte, welche den Kindesmord erklären könnten. Seine beiden Beobachtungen ließen den Schluß zu, daß man aus ihnen von der Annahme einer beschränkten freien Willensbestimmung während der Geburt, dense ben Zustand für die Zeit gleich nach der Geburt ableiten könnte, in der die meisten Fälle von Kindesmord vorkommen. *Donath* (15) schildert 2 Fälle retro-anterograder Amnesie, welche sich an Erregungszustände anschlossen, den



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dämmerzuständen der Epileptiker zu vergleichen sind und hohe forensische Bedeutung haben.

Eine Frau litt 5 Jahre lang an einem Verlust der Erinnerung für ihre Persönlichkeit, später nur für die Zeit ihrer Schwangerschaft. *Matthies* (39) führt die Amnesie und einen voraufgegangenen hysterischen Dämmerzustand auf die Gravidität zurück.

Unter dem Hinweis darauf, daß der Geisteszustand eines moralisch Schwachsinnigen mit dem der Neger und anderer tiefstehender Völker zu vergleichen sei, will *Gudden* (22) die moral insanity als selbständige Krankheitsform angesehen wissen, nicht aber als Teilerscheinung der Imbezillität oder anderer psychopathischer Zustände. Diese beruhten auf ungleichmäßigen Entwicklungsanomalien des Gehirns, während der moralische Schwachsinn aus einer an sich integren, aber zu dürftigen Großhirnanlage zu erklären ist.

Foerster (19) und *Aschaffenburg* (4) stellen in ihrem Referat fest, daß es kein selbständiges impulsives Irresein gibt. Impulsive Handlungen sind ein Symptom, das bei den verschiedensten Geisteskrankheiten vorkommen kann. Hierher gehören vor allem die Zwangsneurosen, die Hysterie und Epilepsie. Auch bei Degenerierten und Schwachsinnigen werden impulsive Handlungen beobachtet.

Auf Grund von 6 Krankengeschichten sucht *Risch* (58) das Bild der Pseudologia phantastica abzugrenzen. Die Patienten sind meist schwer belastet und zeigen einen unwiderstehlichen Hang zum Fabulieren. Sie leben in erträumten Rollen. Urteil und Merkfähigkeit sind getrübt, die Reaktion auf äußere Anlässe ist abnorm. Die Kranken sind unstet, reizbar und egozentrisch. Die Intelligenz kann dabei gut entwickelt sein. Häufig sind Konflikte mit dem Strafgesetz, die Prognose ist ungünstig. In einer anderen Arbeit (59) weist er darauf hin, daß ethisch nicht defekte und erblich nicht belastete Menschen von psychogenen Krankheitsformen befallen werden. Er unterscheidet 3 Formen psychogener Zustände, welche im Beginn der Haft auftreten: Stuporzustände, Zustände ängstlicher Erregung, deliröse Zustände. Die ersten beiden sind häufiger als die, letzte. Die Prognose ist günstig, Stigmata, Krämpfe, Lähmungen und das Gansersche Symptom finden sich nicht, Auftreten und Abklingen erfolgt rasch. Diese Erscheinungen sind differential-diagnostisch wichtig für die Unterscheidung von der Hysterie. Der § 51 wird selten zugebilligt werden können. *Redlich* (56) hat von der sexuellen Abstinenz nie schädliche Folgen gesehen, hält aber den regelmäßigen Geschlechtsverkehr für vorteilhaft, unter Umständen sogar für empfehlenswert für den Erwachsenen. Leichte Fälle von Nervosität oder Neurasthenie sind nach ihm keine Kontraindikation gegen das Heiraten. Bedenklich sind aber die konstitionellen Formen mit Zwangsvorgängen u. ä. und auch die sexuellen Neurosen. Den Perversen soll man nie zur Ehe raten. Die Hysterie bietet ebenfalls Schwierigkeiten; der alte Glaube, sie würde durch die sexuelle Befriedigung geheilt, ist ganz verkehrt. Epileptiker und organisch Kranke sollten mit Rücksicht auf die Deszendenz nie heiraten. Psychopathen, Imbezille und Hebephrene, denen die Ehe nicht selten als Allheilmittel gepriesen wird, soll man mit allen Mitteln vom Heiraten zurückhalten. Die Ehen Trunksüchtiger und Morphinisten werden mit ganz seltenen Ausnahmen unglücklich und sind deshalb dringend zu widerraten. *Havelock*


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ellis (17) glaubt, daß es sich bei allen krankhaften Geschlechtsempfindungen um Personen mit neuropathischer Eindrucksfähigkeit für abnorme Reize handelt. Die Homosexuellen werden von *Naecke* (50) in echte und unechte eingeteilt. Der echte Urning findet seine Befriedigung auf rein homosexuellem Wege, der unechte durch onanistische Handlungen oder durch Zuhilfenahme der heterosexuellen Phantasie. Die erste Form ist ein Leiden, die andere ein Laster. *Naecke* (49) hält homosexuelle Träume für das sicherste und einzige Diagnostikum der Homosexualität, alle anderen Zeichen sind trügerisch. Der wegen homosexueller Delikte angeklagte Lehrer, den *Topp* (75) begutachtet hat, war ein degenerierter und ausgesprochener Neurastheniker; von einer Unwiderstehlichkeit seiner Triebe konnte keine Rede sein. In Übereinstimmung mit dem ärztlichen Gutachten wurde er unter Annahme mildernder Umstände verurteilt. *Ernst Schultze*-Greifswald.

Schaefer (61) wurde durch Eingaben eines Verurteilten veranlaßt, das Ministerium auf zweifellos bestehende Geisteskrankheit des Schreibers hinzuweisen. Nach mancherlei Schwierigkeiten, welche *Sch.* in Mängeln des gerichtlichen Verfahrens zur Feststellung der geistigen Gesundheit sieht, kam es zur Freisprechung.

Marx (38) skizziert in kurzen Zügen den Einfluß, welchen die Generationsvorgänge des Weibes auf die Psyche ausüben und schildert die forensisch wichtigen Folgen der dabei vorkommenden psychischen Veränderungen.

Der Familienmord, besonders der durch Geisteskranke, hat nach *Naecke* (II. 42) zugenommen, doch werden von diesen meist nur Familienglieder getötet. Chronischer Alkoholismus, Paranoia und Epilepsie sind bei den Männern die häufigste Ursache, bei den Frauen überwiegen Melancholie, Paranoia und Dementia praecox. Die meisten Familienmörder sind außergewöhnlich schwer belastet.

Von dem Einfluß der erblichen Belastung oder der Geisteskrankheiten bei Begehung von Selbstmorden hält *Chyle* (12) nichts. Alle Selbstmörder sind Produkte der Erziehung ebenso wie die Verbrecher.

Sehr interessante Mitteilungen, die zum Teil auch einen großen forensischen Wert besitzen, macht *Hellwig* (26) zum Kapitel Aberglauben. Eine zweite Veröffentlichung von ihm, die dieses Thema in Buchform behandelt, bringt in übersichtlicher Kürze alles Wissenswerte darüber (25). Durch Androhung der Rache des Teufels ließ sich ein Mann wiederholt Summen abpressen. Als er über die Vorgänge vernommen werden sollte, verweigerte er aus Furcht vor der Geisterrache die Aussage. *Koettig* (31).

Molls (43) interessante Mitteilungen über Heilmagnetiseure sind lesenswert für alle, die mit solchen Leuten zu tun haben. Er empfiehlt, den Heilmagnetismus nicht mit Schimpfen zu bekämpfen, sondern seinen Jüngern hic Rhodus hic salta zuzurufen. Auf jeden Fall untersuche man ihre magnetischen Manipulationen genau, damit sie nicht den Einwand erheben können, man habe ihre angebliche Kraft gar nicht untersucht. Auf diese Weise wird man ihnen sehr energisch zu Leibe gehen können.

Eine erblich belastete, 22 jährige Dame von neuropathischer Konstitution, welche *Walker* (82) beobachtete, erlitt durch den Tod ihres Vaters einen heftigen psychischen Shok. Spiritistische Medien zitieren den Geist ihres Vaters und ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

setzen sie in den Glauben, er wolle ihre Mutter sehen. Träume desselben Inhalts. Krämpfe. 10½ Monate nach dem Tode des Vaters erschießt die Kranke ihre Mutter und macht einen erfolglosen Suizidversuch.

Im Hinblick auf die Bedeutung, welche die Sherlock-Holmes-Literatur und die Vorgänge beim Fall Hau für das Volk gewonnen haben, studiert *Lichtenstein* (36) den modernen Kriminalroman, sein Wesen und Werden, seine Technik, die Stellung des Detektivs in ihm. Auch die Berührungspunkte des Kriminalromans mit der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie werden gestreift. Die Tat Haus kann *L.* sich nur aus einer momentanen Herabsetzung der Geisteskräfte erklären.

Behr (6) kritisiert die üblichen Untersuchungsmethoden an Kopf, Schädel und Gehirn der Lebenden und Toten, wie sie in der Gerichtspraxis angewandt werden. Er betont den Wert der *Reichardt*schen Untersuchungsmethoden zur Bestimmung von Schädelkapazität und Hirngewicht und bringt mehrere Mitteilungen über Schädelfrakturen aus verschiedener Ursache. Mehrere recht gute Abbildungen erläutern seine Ausführungen.

Einen interessanten Einblick in die Psychologie der Chinesen und ihre gerichtsärztliche Praxis gewährt uns *Breitensteins* deutsche Übersetzung (9) der gerichtlichen Medizin der Chinesen. Das Buch ist von Wang-in-Hoai verfaßt, seine erste Ausgabe erfolgte 1241—1255, es ist heute noch in Gebrauch.

In *Nadastinys* (48) „Untermenschen" betitelter Schrift über das Verbrechertum kommen die Psychiater und ihre Bestrebungen, an der Lösung der Verbrecherfrage mitzuarbeiten, sehr schlecht weg.

Albrand (2) fand bei 26,6% Normalen, bei 29,9 % Geisteskranken und 50,4% Schwachsinnigen „okuläre Stigmen", die er den Degenerationszeichen zuzählt. Ihre Bedeutung liegt weniger auf psychiatrischem, wie auf anthropometrischem Gebiete.

Kleemanns (30) lesenswerte Schrift ist eine gute Einführung in die Gaunersprache.

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie.

1. *Behrend*, Die Zeugenaussagen von Kindern vor Gericht. Monatsschr. f. Krim. Psych. und Strafr.-Ref. S. 307. (S. 46*.)
2. *Bogsch*, *A.*, Beiträge zur Psychologie der Zeugenaussagen. Elme-ès Idegkortan Nr. 1 und 2. (Nach einem Referat v. Hudovernig. Neurol. Zentralbl. S. 1027). (S. 46*.)
3. *Cramer*, Über die Zeugnisfähigkeit. Neurol. Zentralbl. Nr. 12. S. 606. (S. 45*.)
4. *Dolenc*, Trauma und Zeugnisfähigkeit. H. Groß' Arch. Bd. 31. S. 237. (S. 46*.)
5. *Jolly*, *Ph.*, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahnsinn. Friedrichs Blätter I—II. (S. 47*.)


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

6. *Ledenig*, Zur Frage der Zeugenwahrnehmung. 2 Fälle. Groß' Arch. Bd. 29 H. 2 u. 3. (S. 46*.)
7. *Lochte*, Die Psychologie der Aussage. Referat. Zeitschr. für med. Beamte 21. Nr. 18. (S. 45*.)
8. *Moeli*, Die Tätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Zivilverfahren. Handb. der ärztl. Sachverst.-Tätigkeit. Lief. 16. S. 225.
9. *Moll*, Forensische Bedeutung der modernen Forschungen über die Aussagepsychologie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 5 und 6.
10. *Padovani*, Testi mentali Rivista di psichiatr. XXXVII.
11. *Schmidt, Fr.*, Zur Psychologie der Zeugenaussagen. Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 321.
12. *v. Sölder*, Referat über den Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes in Österreich. Neurol. Zentralbl. S. 1155. Sitzungsber. (S. 46*.)
13. *Sternberg, M.*, Zeugenaussagen vor Gericht. Medizin für alle. Nr. 15 u. 16. (S. 46*.)
14. *von Wagner*, Über den Entmündigungs-Gesetzentwurf. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 577.
15. *Waldschmidt*, Entmündigung wegen Trunksucht. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 14 u. 15. (S. 46*.)
16. *Wedemeyer* und *Jahrmärker*, Zur Praxis der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Marburg bei Elwert. S. 76. (S. 46*.)

Cramer (3) stellt in seinem Vortrage zunächst fest, daß nach der StrPO. niemand unfähig ist, als Zeuge vernommen und beeidigt zu werden. Es steht im Ermessen des Richters, ob eine Person befähigt ist, Zeugnis abzulegen. Diese Fähigkeit beruht auf drei Komponenten, der Auffassungs-, Merk- und Reproduktionsfähigkeit. Alle diese Komponenten können individuell sehr verschieden entwickelt sein und bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten durch äußere und innere Vorgänge beeinflußt werden. Auch die Legendenbildung und die Art der Fragestellung durch den Richter beeinträchtigen die objektive Wahrheit der Zeugenaussage. Dies ist namentlich bei Kindern der Fall. Besondere Schwierigkeiten bietet die Beurteilung der Zeugnisfähigkeit bei Geisteskranken und Grenzzuständen. Die lex ferenda muß diese Verhältnisse berücksichtigen.

Das meiste, was bisher über die Psychologie der Zeugenaussage sichergestellt ist, faßt *Lochte* (7) in seinem Referat zusammen. Er hält Aussageunterricht in den Schulen und die Bestellung von Gerichtspsychologen für zwecklos, empfiehlt dagegen stenographische Aufzeichnung mancher Protokolle. Die im Entwurf zur



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strafprozeßordnung vorgesehene Einschränkung der Eide ist ihm wie allen Psychologen und Irrenärzten willkommen. *Behrend* (1) kritisiert den Wert der Zeugenaussagen von Kindern vor Gericht, schildert die psychologischen Fehlerquellen und die äußeren Einflüsse, welche ihre Richtigkeit in Frage stellen können, und fordert für alle Kinder, welche Zeugnis ablegen sollen, Vernehmung durch das Jugendgericht. Zwei sehr instruktive Fälle *Ledenigs* (6) illustrieren den Wert von Zeugenwahrnehmungen, welche unter dem Einfluß von Affekten gemacht werden, und *Dolenc* (4) weist an zahlreichen, einleuchtenden Fällen den großen Einfluß nach, den ein Trauma, speziell ein solches des Schädels, auf die Zeugenaussage im zivil- und strafrechtlichen Verfahren haben kann. Er verlangt mit *Sommer* und *Aschaffenburg*, daß in allen Fällen von Schädelverletzung psychiatrische Sachverständige über die Vernehmungsfähigkeit des Verletzten gehört werden, wenn der Richter eine Veränderung des Wesens bei dem Zeugen wahrnimmt oder vermutet. Eine ebensolche praktische Bedeutung hat nach *Reichel* (II. 47) die Autosuggestion, welche nicht selten dazu veranlagte Individuen Unwahres als wahr ansehen und beschwören läßt.

An Beispielen, die z. T. der Tagespresse entnommen sind, demonstriert *Sternberg* (13) die Unzuverlässigkeit mancher Zeugen vor Gericht. Ein Zeuge wollte eine Person auf 600 m genau erkannt haben, trotzdem dies nachgewiesenermaßen bei Entfernungen über 150 m unmöglich ist.

Bei den Versuchen von *Bogsch* (2) wurden 24 Seminaristen in 4 Gruppen zu 6 Mann geteilt. Der ersten Gruppe wurde in Abwesenheit der anderen drei eine kleine Betrugsaffäre vorgelesen. Ein Mitglied der ersten Gruppe erzählte es dann der zweiten, eins der zweiten der dritten, eins der dritten der vierten Gruppe. Darauf hatten alle Gruppen das Gehörte zu Papier zu bringen. Die erste reproduzierte 498, die zweite 337, die dritte 261, die vierte 218 Daten. Von diesen waren richtig 87%, 76%, 66% und 50%. Zusätze fanden sich bei der ersten Gruppe 4,3% bzw. 8%, 8,8 und 28,9% bei den folgenden Wurde bei ähnlicher Versuchsanordnung ein Teil der Personen befragt, so machten sie nur 45% richtige Angaben, der andere Teil, der seine Wahrnehmungen spontan niederschrieb, dagegen 70%. Bei einer nochmaligen Reproduktion derselben Affäre nach drei Wochen waren die richtigen Angaben nicht wesentlich geringer, die Zusätze dagegen zahlreicher.

v. Sölder (12) erblickt in demEntwurf zum österreichischen Entmündigungsgesetz, das er einer sehr eingehenden Kritik unterzieht, kein Ideal für den Psychiater.

Die praktische Seite der Entmündigung behandeln *Wedemeyer* und *Jahrmärker* (16). Im ersten Abschnitt bringt *Jahrmärker* den medizinischen Teil, der durch praktische Beispiele aus der Marburger Gerichtspraxis erläutert wird, im zweiten Teil macht *Wedemeyer* juristische Ausführungen über die Fragestellung für Entmündigungsgutachten und die Pflegschaft über entmündigungsreife Geisteskranke. *Waldschmidt* (15) beklagt, daß von der Entmündigung wegen Trunksucht nie oder erst zu spät Gebrauch gemacht würde. Er fordert ein Gesetz, das eine Einweisung der Trinker in die Heilstätten auf Grund amtsärztlichen Attestes ohne vorhergehende Entmündigung ermöglicht. Der Aufenthalt in einer solchen Anstalt solle durchschnittlich 6 Monate betragen, ihm habe sich eine Nachkur anzuschließen,


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

während der sich der Patient am besten in einen Abstinentenverein aufnehmen ließe. Der Staat oder die Provinzen müßten solche Anstalten bauen, neben geschlossenen auch offene Häuser, damit auch ein freiwilliger Eintritt möglich sei.

Jolly (5) bringt ein ausführliches Entmündigungsgutachten über eine an Querulantenwahn leidende Kranke, die die in ihren eigenen Prozessen erworbenen Kenntnisse benutzte, um als Rechtskonsulentin tätig zu sein.

(*Ernst Schultze*-Greifswald.)

V. Irrenrecht und Fürsorge.

1. *Alter*, Befugnis des Anstaltsarztes, den Briefwechsel der ihm anvertrauten Kranken zu überwachen. Allg. Zeitschr. 65. S. 166. (S. 54*.)
2. *Aschaffenburg*, Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Berlin. Otto Liebmann. 133 S. (S. 50*.)
3. *Aschaffenburg*, Gefängnis oder Irrenanstalt. Dresden. v. Zahn und Jaensch. 24 S. (S. 50*.)
4. *Berger*, Über den Bau von eigenen Pavillons für geisteskranke Verbrecher in Irrenanstalten. Neurol. Zentralbl. S. 1163. Sitzungsber.
5. *Bleuler*, Zur Bevormundung verbrecherischer Trinker. Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. (S. 51*.)
6. *Cramer*, *A.*, Bericht an das Landesdirektorium in Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgezöglinge. Klin. Jahrbüch. Bd. 18. (S. 55*.)
7. *Dannemann*, Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke unter spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse im Großherzogtum Hessen. Jur.-psychiatr. Grenzfr. VI. S. 62. (S. 51*.)
8. *Dannemann*, Ein badisches Gesetz betreffend die Irrenfürsorge. Deutsche med. Wochenschr. XXIV 44. (S. 54*.)
9. *Deventer*, Die Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken. Neurol. Zentralbl. S. 1160. Sitzungsber.
10. *Fritzsch*, Die Behandlung Geisteskranker und der Psychose verdächtiger Untersuchungssträflinge. Wiener med. Wochenschr. LVIII 40.
11. *Geller*, Aus dem Bewahrungshause in Düren. Monatsschr. für Krimin.-Psych. und Strafr.-Ref. H. 1. S. 14. (S. 53*.)
12. *Gürtler*, Das österreichische Trunkenheitsgesetz. Graz. Leuschner und Sublinski. 51 S.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13. *Hegar*, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Neuro
Zentralbl. S. 1152. Sitzungsber. (S. 52*.)

14. *Herting*, Behandlung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neur
Wochenschr. S. 309. Sitzungsber.

15. *Hoppe*, Die Behandlung der kriminellen Geisteskranken im Staat
New York. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Re
S. 346. (S. 54*.)

16. *Kloss*, *A.*, Die Jugendfürsorge-Ausschüsse. Monatsschr. f. Krim.-
Psych. u. Strafr.-Ref. H. 1 S. 42. (S. 55*.)

17. *Kriegsmann*, Der Kölner Kongreß der deutschen Strafanstalts-
beamten. Referat. Monatsschr. f. Krim. Psych. u. Strafr.-Re
S. 376. (S. 54*.)

18. *Kullmann*, Tatsachenmaterial für die Häufigkeit geistiger Störungen
in den hessischen Strafanstalten und ihre Behandlung. Jur.-
psych. Grenzfr. Bd. VI. H. 7. (S. 51*.)

19. *Landsberg*, Das Recht der Zwangs- und Fürsorgeerziehung. Ein-
führung, Kritik und Vorschläge. Berlin und Leipzig. Rotschild
378 S.

20. *Lenhard*, Über die psychiatrischen Strafanstaltsadnexa unter be-
sonderer Berücksichtigung der Abteilung für geisteskrank
Verbrecher am Landesgefängnis zu Bruchsal. Jur.-psych
Grenzfr. Bd. VI. H. 7. (S. 51*.)

21. *Leppmann*, Die Minderwertigen im Strafvollzuge. Ärztl. Sachv.-
Ztg. Nr. 19 u. 20. (S. 53*.)

22. *Lohsing*, Die österreichische Regierungsvorlage betreffend straf-
rechtliche Behandlung und strafrechtlichen Schutz Jugend-
licher. Groß' Arch. 29. H. 2 und 3. (S. 55*.)

23. *Longard*, Über strafrechtliche Reformbestrebungen im Lichte der
Fürsorge. Jur.-psych. Grenzfr. VI. H. 4. (S. 53*.)

24. *Moeli*, Muß das Verfahren aufgegeben werden, den Strafvollzug
bei einem nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit
in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt Ge-
brachten (§ 493 StPO.) zu unterbrechen? Monatsschr. f.
Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. H 2 u. 3. S. 165. (S. 51*.)

25. *Mönkemöller*, Über die Unterbringung gemeingefährlicher Geistes-
kranker. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 19—21. (S. 52*.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26. *Naecke*, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neurol. Wochenschr. 11.

27. *Neter*, *Eugen*, Die Behandlung der straffälligen Jugend. München. Otto Gmelin. 8⁰. 56 S. M. 1,50.

28. *Osswald*, Inwiefern stören die kriminellen Geisteskranken den Betrieb der gewöhnlichen Irrenanstalt. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. VI. H. 7. (S. 51*.)

29. *Pactet*, Enquête internationale sur l'aliénation mentale dans les prisons. Revue de la Psychiatrie. Februar. (S. 54*.)

30. *Porand*, Loi sur le régime des aliénés. Annal. med.-psych. LXVI 1.

31. *Rehm*, *Ernst*, Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. N. F. XIX 16. S. 601.

32. *Risch*, Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neurol. Wochenschr. 3. (S. 53*.)

33. *Schwandner*, Praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Strafgefangener. Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 401. (S. 54*.)

34. *Sioli*, Über die Aufgabe der Irrenasyle bei der Beurteilung und Behandlung abnormer Jugendlicher. Neurol. Zentralbl. S. 1166. Sitzungsber. (S. 55*.)

35. *Staiger*, Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 415. (S. 54*.)

36. *Stengel*, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Neurol. Zentralbl. S. 1152. Sitzungsber. (S. 52*.)

37. *Stomberg*, *M.*, Kritische Bemerkungen zum österreichischen Gesetzentwurf betr. die strafrechtliche Behandlung und den strafrechtlichen Schutz Jugendlicher. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafr.-Ref. S. 277.

38. *Stoltenhoff* und *Puppe*, Einweisung, Festhaltung und Entlassung gemeingefährlicher bezw. nach § 51 StGB. freigesprochener Geisteskranker in Anstalten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 4. Sitzungsber. (S. 51*.)

39. *Tilkowski*, Unterbringung der Geisteskranken. Entlassung der Geisteskranken. Reformbewegung im Irrenwesen in Österreich. Handb. der ärztl. Sachverst.-Tätigkeit VIII 2 S. 431.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

40. *Vogt, H.*, und *Schiner.* Über die Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Referat. Neurol. Zentralbl. S. 1166. Sitzungsber. (S. 55*.)

41. *Vogt H.*, Zur Fürsorgeerziehung. Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 158. (S. 55*.)

42. *Weidlich*, Die Prevention of crime Bill von 1908. Monatsschr. f. Krim.-Psych. und Strafr.-Ref. S. 565. (S. 55*.)

Aschaffenburgs (3) Vortrag will namentlich die falschen Auffassungen bekämpfen, welche den psychiatrischen Bestrebungen bei der Mitarbeit an der Strafrechtsreform begegnen. Nichts liegt dem Psychiater ferner, als der Ersatz des Richters durch den Psychiater, des Gefängnisses durch die Irrenanstalt. Beide sollen der Abwehr dienen gegen Individuen, welche die öffentliche Sicherheit gefährden, aber nur die Geisteskranken gehören in die Irrenanstalt, der Rechtsbrecher ins Gefängnis. *A.* teilt nicht den Standpunkt *Lombrosos* über den bestimmenden Einfluß der ererbten Anlage, viel wichtiger ist der Einfluß von Umgebung und Erziehung für die Genese des Verbrechers. Deshalb soll man das Hauptaugenmerk auf die Prophylaxe richten, der Staat soll die Erziehbaren erziehen, die Unerziehbaren geeigneter Behandlung überweisen. Für den gefährlichen Rechtsbrecher bleibt strenge Überwachung und Abschließung erforderlich. Dem Psychiater fällt die Beurteilung des Pathologischen am Verbrecher zu, dem Richter der Zukunft die individuelle Zumessung der Strafe entsprechend der subjektiven Schuld. In einer anderen knapp und klar gehaltenen Arbeit löst *Aschaffenburg* (2) die Aufgabe, eine vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts über die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker zu geben. Nach einer Erörterung des Begriffs und der Bedeutung dieser beiden Klassen von Verbrechern gibt er eine eingehende Vergleichung und Kritik der im In- und Auslande geltenden Strafbestimmungen. Er faßt die Ergebnisse seiner Arbeit folgendermaßen zusammen:

Die Gesellschaft hat das Recht, sich gegen Angriffe gemeingefährlicher Geisteskranker zu schützen. Deshalb ist gegen alle Kranke dieser Art das Entmündigungsverfahren oder ein Verfahren wegen Gemeingefährlichkeit einzuleiten. Wird jemand nach § 51 exkulpiert, so hat das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen vorläufige sichernde Maßnahmen zu verfügen, die sich nach der Persönlichkeit des Kranken richten und der Staatsanwaltschaft Mitteilung zur Einleitung eines Entmündigungs- oder entsprechenden Verfahrens zu machen. Das Gleiche gilt für Geisteskranke, die in der Strafhaft erkrankt sind oder ihre Strafe verbüßt haben. Das Vormundschaftsgericht bestimmt über das weitere Schicksal des Kranken nach Anhörung eines Sachverständigen. In regelmäßigen Zwischenräumen haben Nachprüfungen stattzufinden. Zur Unterbringung der Kranken sind im allgemeinen keine besonderen Anstalten erforderlich.

Jeder Gewohnheitstrinker ist in Gefahr, ein verbrecherischer Gewohnheitstrinker zu werden. Begeht ein nach sachverständigem Urteil gewohnheitsmäßiger


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trinker ein Verbrechen, so ist er durch Gerichtsbeschluß einer Trinkerheilstätte zuzuweisen. Der Einweisung kann eine Freiheitsstrafe vorhergehen. Mit der Einweisung tritt ex officio eine Vormundschaft ein, die auch während der versuchsweisen Entlassung weiter besteht. Die Aufenthaltsdauer in der Heilstätte ist von der Wirkung der Behandlung, nicht von der Straftat abhängig. Der Versuch der Entlassung darf erst nach zwei Jahren und stets erst auf Probe vorgenommen werden. Wird jemand rückfällig, so bedarf er erneut der Einweisung, zeigt er sich als unheilbar, so muß eine dauernde Verwahrung für ihn angeordnet werden.

Die zweckmäßigste Behandlung jeder Gruppe von Verbrechern hat stets nach der Formel zu geschehen: „Anpassung der sozialen Gegenwehr an die Persönlichkeit des Rechtsbrechers, nicht an die Tat". Gegen diese Ausführungen *Aschaffenburgs* wendet *Bleuler* (5) ein, daß man niemals geeignete und ihrer Aufgabe gewachsene Vormünder finden werde, wenigstens nicht in genügender Zahl. Die Bevormundeten würden sich ungerecht behandelt und schikaniert fühlen, auch würden sie unfrei sein und keine Beschäftigung finden. Der Rückfall würde dadurch nur befördert. *Bl.* will die Trinker erst dann entmündigt wissen, wenn sie nach der Entlassung aus der Anstalt rückfällig geworden sind. Die private Hilfe wird nach seiner Ansicht mehr leisten als der staatliche Vormund.

Puppe (38) und *Stoltenhoff* referierten über Gemeingefährlichkeit und Einweisung der nach § 51 freigesprochenen Personen in Anstalten. Die Leitsätze ihres Referates lauten: Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles anerkannt werden. Es ist unmöglich, eine für alle Fälle passende Definition zu geben. Wird ein Verfahren gegen eine Person nach § 203 der StrPO. eingestellt, oder das Hauptverfahren nach §§ 196, 202 nicht eröffnet oder jemand nach § 51 freigesprochen, so bedarf seine Einweisung in eine öffentliche Irrenanstalt der gesetzlichen Regelung. Das Gericht, welches die Einstellung oder Freisprechung beschließt, hat unter Zuziehung eines psychiatrisch vorgebildeten Sachverständigen zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat. Die Einweisung erfolgt auf unbestimmte Zeit. Zur Feststellung der Tatsache, daß eine Person nicht gemeingefährlich ist, ist ein Gerichtsbeschluß notwendig. Gegen diesen Beschluß ist Appellation an eine höhere Instanz zulässig. Im Strafvollzuge erkrankten Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden. Der Staat übernimmt die Fürsorge für die gemeingefährlich erklärten Geisteskranken, die zunächst in besonderen Anstalten unterzubringen sind.

Moeli (24) spricht sich dahin aus, daß die unbedingte Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf den Strafvollzug nicht in jedem Falle ein Vorteil sei. Auf manche Kranke wirke die Aussicht auf Rückführung in die Haft erziehlich, so auf gewerbsmäßige Eigentumsverletzer, Betrüger und Zuhälter. Am besten wäre es, wenn die Möglichkeit bestände, den Anstaltsaufenthalt noch nachträglich auf die Strafzeit anzurechnen, auch wenn der Strafvollzug bei der Einweisung in die Anstalt unterbrochen war.

Vier Vorträge *Lenhards* (20), *Dannemanns* (7), *Osswalds* (28) und *Kullmanns* (18) behandeln die Frage: wohin mit den geisteskranken Verbrechern? Sollen sie



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in besonderen Spezialanstalten untergebracht werden oder in Adnexen zur Strafanstalt oder in Adnexen zur Irrenanstalt?

Kullmann stellt zunächst fest, daß die psychischen Erkrankungen in der Strafhaft trotz sorgfältiger Prophylaxe immer noch häufiger sind als in der Freiheit. Bei 55—60% der Erkrankten kann der Strafvollzug fortgesetzt werden, schwere Erregungszustände erfordern dagegen schleunige Überführung in eine Irrenanstalt. Die hessischen Anstalten haben Platz für 2500 Kranke. Sie würden also ohne Schwierigkeiten die 15 kriminellen Kranken aufnehmen können, welche ihnen jährlich zugeführt werden müßten. Die Störungen, welche das kriminelle Material im Betriebe gewöhnlicher Irrenanstalten hervorruft, erörtert *Osswald*, der im Philippshospital unter 708 kranken Männern 62 Vorbestrafte, 111 verbrecherische Geisteskranke und 33 geisteskranke Verbrecher fand.

Als Vorzüge der psychiatrischen Adnexe bei den Strafanstalten hebt *Lenhartz* die Möglichkeit schneller Überweisung der Kranken, viele Heilungen und Verminderung der chronischen Fälle hervor. Die Irrenanstalten werden dadurch von Elementen mit verbrecherischen Ne gungen entlastet, den Armenverbänden Kosten erspart. Die Möglichkeit, den Patienten leicht in den Strafvollzug zurückversetzen zu können, und die größte Sicherheit der Verwahrung sprechen des weiteren für die Errichtung solcher Adnexe an Strafanstalten. Gegen sie macht *Dannemann* geltend, daß sie keine chronischen Kranken aufnehmen könnten, somit die Irrenanstalten nicht von den Verbrechern und nicht von der Notwendigkeit, feste Häuser zu bauen, befreiten. Auch gegen den Bau besonderer Anstalten für geisteskranke Verbrecher spricht er sich aus. Diese kämen nur in großen Staaten in Frage und seien wegen der Anhäufung so vieler verbrecherischer, defekter Elemente bedenklich. Deshalb sei das Beste ein mit Sicherungen wohl versehener Adnex an einer Irrenanstalt, dessen Einrichtung eine besonders sorgfältige Überwachungsmöglichkeit zu berücksichtigen hätte. Die Thesen *Stengels* (36) und *Hegars* (13) über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher lauten: I. Frühzeitiges Ausscheiden aus dem Strafvollzug, frühzeitige psychiatrische Behandlung. Dieser Forderung entsprechen am besten Adnexe an den Strafanstalten. II. Nur im Strafvollzug Erkrankte kommen in diese Adnexe, nach § 51 exkulpierte geisteskranke Verbrecher in die Irrenanstalten. III. Die Erkrankten dürfen nur bis zum Ablauf des Strafvollzuges in den Adnexen bleiben, nachher gehören sie in die Irrenanstalten. IV. Die Degenerierten sind am gefährlichsten und bedürfen der sorgfältigsten Verwahrung. V. Der größte Teil der psychisch Minderwertigen verträgt den Strafvollzug ohne Schaden für die Gesundheit. Spezialanstalten empfehlen sich nur für größere Länder, Adnexe an Irrenanstalten empfehlen sich nicht. *Mönkemöller* (25) bespricht dasselbe Thema und spricht sich für Adnexe an Strafanstalten aus, welche die Sicherheit der Allgemeinheit nach seiner Ansicht am vollkommensten erreichen, wenn ihnen auch Mängel anhaften. Ganz besonders wünschenswert wäre es, wenn sich eine dauernde Internierung und Absonderung der Minderwertigen erreichen ließe. Diese würden auch rentabel sein, da sie eine große Zahl brauchbarer Arbeitskräfte in sich beherbergen. Durch Einrichtung von Ackerbaukolonien und Urbarmachung von Ödländereien könnte man einen Teil der Summen wieder einbringen, welche dem Staate die Verbrecher kosten.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Frage, was mit den kriminellen Geisteskranken geschehen soll, kann nach *Longard* nicht allein vom Strafrecht gelöst werden. *Longard* (23) sieht keine Gefahr darin, wenn die Grenzzustände als unzurechnungsfähig angesehen werden und der alte Grundsatz in dubio pro reo aufrecht erhalten wird. Die Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit durch die lex ferenda ist nach seiner Ansicht deshalb überflüssig. Er will keinen neuen Strafmodus und keine neuen Strafbestimmungen eingeführt wissen, er verlangt vielmehr den Ausbau einer organisierten Fürsorge für die geistig Schwachen und Minderwertigen auf Grund zivilrechtlicher Bestimmungen. Auch *Risch* (32) spricht sich gegen die Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit aus und verlangt allein Unterscheidung von geistiger Gesundheit und Krankheit, wobei die Grenzen des letzten Begriffes nicht zu weit zu ziehen sind. Der geistig Minderwertige ist als geisteskrank anzusehen und dementsprechend zu behandeln.

Als Minderwertige im Strafvollzuge betrachtet *Leppmann* (21) diejenigen, welche durch wesentliche, dauernde krankhafte geistige Eigentümlichkeiten entweder ein vermindertes Verständnis für die Bestimmungen des Strafvollzuges oder eine verminderte Widerstandskraft gegen Durchbrechung seiner Bestimmungen haben. Zur Feststellung der Minderwertigkeit bedarf es im gegebenen Falle des Nachweises einer krankhaften, das Seelenleben eines Gefangenen schädigenden Ursache und bestimmter, krankhaft gearteter Eigentümlichkeiten seines Verhaltens. Bei Antritt der Strafe ist klarzustellen, wie der Gefangene seelisch geartet ist. Es gibt zwei Gruppen von Minderwertigen, solche mit angeborenen oder vor der Reife erworbenen Defekten und solche, die erst nach erreichtem vollem geistigem Besitzstande minderwertig geworden sind. Typen der Minderwertigen sind die Beschränkten, die Paranoiden, die Instables, die Schlaffen und die Reizbaren. Epileptiker arten sich im Strafvollzuge so verschieden, daß sie keine Gruppe für sich bilden. Die häufigsten Verstöße der Minderwertigen gegen die Hausordnung sind Querulantentum, hypochondrische Beschwerden, Verminderung der Arbeitsleistung, disziplinare Vergehen infolge Stimmungsschwankungen. Die Hauptsache beim Strafvollzuge Minderwertiger ist individuelle Behandlung. Jede Maßnahme, welche auf die Eigenart der Minderwertigen Rücksicht nimmt, ist gleichzeitig ein Vorbeugungsmittel gegen Geisteskrankheiten im Strafvollzuge, sie mindert die Zahl und die Extensität der geistigen Erkrankungen. *L.* ist überzeugt, daß es zweckmäßig wäre, bei den großen Gefängnissen Abteilungen für Minderwertige nach dem Muster der in Brandenburg bestehenden einzurichten.

Zu ähnlichen Resultaten kommt *Courjon* (III. 13), der die in französischen Anstalten untergebrachten Minderwertigen zum Gegenstand einer eingehenden Arbeit gemacht hat. Auch er verlangt besondere Anstalten für diese Leute auf der Grenze zwischen Geisteskrankheit und Gesundheit.

Das Bewahrungshaus für kriminelle Geisteskranke in Düren (Irrenanstaltsadnex) hat sich nach *Geller* (11) in vollem Maße bewährt. Eine Trennung der geisteskranken Verbrecher und der verbrecherischen Geisteskranken ist nach seinen Erfahrungen sinnlos und praktisch unmöglich. Die behandelten Formen waren dieselben wie die von *Siefert* und *Bonhoeffer*. Eine Unterbringung der Kriminellen in Zentral-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

anstalten kann G. wegen der Schwierigkeiten des zu behandelnden Menschenmaterials nicht empfehlen.

Schwandner (33) und *Staiger* (35) geben einen Bericht über ihre Erfahrungen. die sie der eine als technischer der andere als ärztlicher Leiter der Irrenabteilung für geisteskranke Strafgefangene auf dem Hohenasperg gemacht haben. Beste Einrichtungen, zahlreiche Einzelzimmer sind erforderlich. *St.* macht noch statistische Mitteilungen über die zur Behandlung gekommenen Krankheitsformen. Die Frage der Simulation und die Erfolge der Strafanstaltsadnexe, die er für die einzig richtigen Bewahrungshäuser für Geisteskranke hält.

Hoppe (15) richtete an den Direktor der Staatsanstalt für kriminelle Geisteskranke in Matteawan, New York, eine Anfrage, wie die kriminellen Geisteskranken dort behandelt würden. Gesetzlich wird nur zwischen geisteskrank und gesund unterschieden, geistige Minderwertigkeit gibt es nicht. Der akute Rausch hat keinen Einfluß auf die Strafzumessung. Die Kriminellen sind in zwei Zentralanstalten. Matteawan und Dannemora, untergebracht, der Anstaltsaufenthalt wird auf die Strafzeit angerechnet. Die Entlastung hängt ab von einem Gerichtsbeschluß, daß unsoziales Verhalten in Zukunft nicht mehr zu befürchten ist. Das Verfahren zur Feststellung des Geisteszustandes einer Person ist sehr veraltet, psychiatrische Beurteilung dazu nicht erforderlich. Außerdem teilt *H.* noch statistische Daten über die Aufnahmeziffer, die ärztlichen und Pflegeverhältnisse in den beiden Anstalten mit, in denen auf strenge Trennung der geisteskranken Verbrecher von den verbrecherischen Geisteskranken gesehen wird.

Pactet (29) richtete 13 Fragen über geistige Erkrankungen in der Strafhaft. die Behandlung geisteskranker Sträflinge, die vorkommenden Krankheitsformen. Entlassung aus dem Strafvollzuge u. a. m. an Vertreter der Psychiatrie in verschiedenen Ländern. Die Resultate der Umfrage, die für Deutschland von *Naecke* beantwortet ist, stellt er in einer kleinen Schrift zusammen.

Der Entwurf eines badischen Gesetzes über die Irrenfürsorge hat in psychiatrischen Kreisen meist eine ablehnende Kritik gefunden. *Hoche*, *Dannemann* (8). Beanstandet wurde namentlich der Ausschluß der praktischen Ärzte vom Aufnahmeverfahren, anerkannt wurde, daß ein Kranker auch zum Zwecke der Heilung fürsorglich aufgenommen werden kann und daß die Frage der Entmündigung vollständig von dem Aufnahmeverfahren getrennt wurde.

Kriegsmann (17) beleuchtet in seinem Referat scharf die Mängel, welche den Beschlüssen über den Strafvollzug anhaften, wie sie auf dem Kongreß der Strafanstaltsbeamten gefaßt wurden. Berichterstatter waren *Leppmann* als Psychiater und *Finkelnburg* als Strafanstaltsdirektor. *Kr.* sagt über den Wert solcher Beschlüsse: Wenn sie Beachtung beanspruchen wollen, so müssen sie dem ersten Erfordernis klarer Verständlichkeit und logischer Folgerichtigkeit genügen.

Auf Veranlassung der Ärztekammer zu Breslau erstattete *Alter* (1) ein Gutachten über die Befugnis der Anstaltsärzte, die Korrespondenz der Anstaltsinsassen zu kontrollieren. Er kommt zu dem Schluß, daß die Ärzte dazu die Pflicht und das Recht haben. Ein gegen einen Arzt wegen Verletzung der §§ 229, 274 StGB. eingeleitetes Verfahren wurde auf Grund des Gutachtens eingestellt.

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schiner (40), *Sioli* (34) und *H. Vogt* (40) betonen in ihren Vorträgen die Notwendigkeit der Fürsorge für geistig Minderwertige. Sie verlangen zur strafrechtlichen Beurteilung besondere Jugendgerichtshöfe und die Einrichtung besonderer Anstalten zu ihrer Erziehung, um Kollisionen mit dem Strafgesetz in späteren Zeiten vorzubeugen. *H. Vogt* (41) lenkt an anderer Stelle nochmals die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit beider Institutionen, Fürsorgeerziehung und Jugendgerichtshöfe hin. Auf Grund der Untersuchungsergebnisse *Cramers* (6) u. a., der 63% von 286 Fürsorgezöglingen der Provinz Hannover geistig defekt fand, und *Bonhoeffer* weist er nach, daß der Grund zum speziellen Scheitern vielfach schon in die früheste Jugend zurückgeht, dort muß also der Hebel angesetzt werden, wenn Änderung eintreten soll. Rechtzeitige Absonderung der Erziehbaren von der Behandlungsbedürftigen, individuelle Behandlung und Behandlung von richtiger psychiatrischer Seite sind seine Forderungen für die Zukunft. Auch *Kloss* (16) befürwortet warm die weitere Einrichtung von Jugendfürsorgeausschüssen, wie sie im Oberlandesgerichtsbezirk Hamm eingerichtet sind, und eine Hauptforderung von ihm ist die, daß die Fürsorge schon dann einzusetzen hat, wenn die Bedingungen des § 1666 BGB. noch nicht erfüllt sind. Dies erreichen die Ausschüsse in hervorragender Weise.

Weidlich (42) ist der Überzeugung, daß die Prevention of crime Bill, wie sie jetzt den gesetzgebenden Körperschaften Englands vorliegt, einen Abschluß der Reform des Strafvollzuges nach modernen Grundsätzen bedeutet. Der erste Teil der Bill beschäftigt sich mit den Jugendlichen zwischen 16 und 21 Jahren, die in Zukunft nach dem sog. Borstal-System behandelt werden sollen, d. h. an Stelle der Strafe tritt eine Festhaltung unter Strafdisziplin auf 1 bis 3 Jahre. Vorläufige bedingte Entlassung ist möglich und soll ein Ansporn zu gutem Lebenswandel sein. Der zweite Teil verfügt die Festhaltung von Gewohnheitsverbrechern auf unbestimmte Zeit nach Abbüßung der Strafzeit. Auch sie können bedingt entlassen werden. Die bedingte Entlassung wird endgültig, wenn sich das Individuum 5 Jahre gut geführt hat.

Lohsing (22) bringt eine ausführliche Kritik des österreichischen Gesetzentwurfes über strafrechtliche Behandlung und den strafrechtlichen Schutz Jugendlicher, den er als Fortschritt bezeichnet, der geeignet ist, eine Fülle wahrhaft moderner Reformwünsche zu verwirklichen. *Sternberg* ist gegenteiliger Ansicht. Er hält den Entwurf als Ganzes und auch einzelne seiner Teile für bedenklich.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.
(Traumatische Psychosen.)

1. *Becker*, *Th.*, Untersuchungen über die Simulation bei Unfallsnervenkrankheiten. Klin. f. psych. u. nervöse Krkh. Bd. III. H. 2. (S. 59*.)
2. *Becker*, *Th.*, Über die Bedeutung der Sommerschen Untersuchungsmethoden für die Frage der Simulation. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 19. (S. 59*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. *Burkard, Otto*, Aufgaben und Ziele sozialer Medizin. Wien. Klinis Wochenschr. XXI 34/35.
4. *Buschmann, B.*, Selbstmord infolge Lebensüberdruß ist keine U- fallfolge. Med. Klinik. Nr. 8. S. 278. (S. 60*.)
5. *Dupany et Charpentier*. Traumatismes crâniens et troubles mentau l'encéphale. April.
6. *Ewald*, Die traumatischen Neurosen und die Unfallgesetzgebu Med. Klinik. Beiheft 12. S. 318.
7. *Fritsch, I.*, Simulation und Dissimulation. Handb. d. ärztl. Sach- verst.-Tätigkeit VIII 2 S. 631.
8. *Götze, R.*, Über nervöse und psychische Erkrankungen nach Be- triebsunfällen. Klinik f. psych. und nervöse Krankh. Bd. I und III. H. 3. (S. 60*.)
9. *Hammerschmidt*, Hysterische Lähmung durch einen Schu. Monatsschr. f. Unfallheilk. und Invalidenwesen Nr. 4.
10. *Hartigan, J. W.*, Traumatic insanity. New York and Philad. me Journ. LXXXVIII 16 S. 743.
11. *Hasche-Klünder*, Über atypisch verlaufende Psychosen nach Unfa Arch. f. Psych. Bd. 64. (S. 57*.)
12. *Kern*, Über hysterische Einzelsymptome als Folge von Unfälle Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin u. öffentl. San.-Wesen 3. F. XXXV 1. (S. 59*.)
13. *Kissinger*, Schwere Blutungen in das Gehirn nach Einatmung vo Kohlendunst. Monatsschr. f. Unfallhlk. u. Inv.-Wesen. Nr.
14. *Knapp*, Simulation einer Tastlähmung. Deutsch. med. Wochensch Nr. 22.
15. *Knapp*, Jahrelange Simulation eines Verblödungszustandes. Ber Klin. Wochenschr. 14. (S. 59*.)
16. *Kögler*, Über die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiter- versicherung und insbesondere Invaliditätsversicherung de Arbeiter. Neurol. Zentralbl. S. 1164. Sitzungsber.
17. *Kornfeld, H.*, Tod durch psychische Einwirkungen. Der Gerichts- saal. LXXIII. H. 1—5. (S. 58*.)
18. *Kornfeld*, Entlarvung einer Simulantin. Allg. Zeitschr. f. Psych H. 4. S. 703.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

19. *Leppmann.* Hysterie in Beziehung zur Erwerbsfähigkeit im Sinne der Invalidenversicherung. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 24. S. 560. Sitzungsber. (S. 59*.)

20. *Mendel, K.*, Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Berlin, S. Karger. 189 S. (S. 58*.)

21. *Obersteiner, Heinr.*, Trauma und Psychose. Wien. med. Wochenschr. LVIII 40. (S. 58*.)

22. *Roepke*, Über Diabetes mellitus nach psychischem Trauma. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 17.

23. *Trespe*, Ein Fall von Dementia posttraumatica mit ungewöhnlichen Begleiterscheinnungen. Münchn. med. Wochenschr. 13. (S. 58*.)

24. *Wendenburg, Karl*, Posttraumatische, transitorische Bewußtseinsstörungen. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Erg.-Heft. (S. 58*.)

25. *Windscheid*, Angebliche Gehirngeschwulst nach 16 Jahren als Unfallshysterie nachgewiesen. Med. Klinik Nr. 41. (S. 60*.)

26. *Windscheid*, Zusammenhang zwischen Fingerquetschung und Gehirnerweichung verneint. Med. Klinik Nr. 40. (S. 60*.)

27. *Windscheid*, Selbstmord als Unfallfolge verneint. Med. Klinik Nr. 39. (S. 60*.)

28. *Windscheid*, Rente wegen Simulation abgelehnt. Med. Klinik Nr. 29. S. 1120.

29. *Windscheid*, Zusammenhang zwischen Unfall und Gehirnblutung verneint. Med. Klinik Nr. 24. S. 914.

30. *Windscheid, F.*, Die gutachtliche Beurteilung der Unfallneurose. Zeitschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte. 3. Jahrg. Nr. 8. (S. 59*.)

31. *Yokishawa*, Über feinere Veränderungen im Gehirn nach Kopftraumen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. S. 901. (S. 58*.)

32. *Zweig, A.*, Beiträge zur Begutachtung der Wirbelsäulenverletzungen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 15. (S. 60*.)

Die nach Unfällen auftretenden Psychosen zeichnen sich, wie aus der Arbeit von *Hasche-Klünder* (11) hervorgeht, häufig durch atypischen Verlauf aus. Mehrere Fälle sah er, in denen sich aus einer anfänglichen Neurose erst nach Jahren akut oder allmählich eine Psychose entwickelte. Andere posttraumatische Psychosen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigten im Laufe der Jahre verschiedene Krankheitsbilder. *H.-K.* verfügt im ganzen über 10 Fälle, 8 chronische und 2 akute Psychosen. Er verschließt sich nicht der Schwierigkeit, welche die Entscheidung in sich birgt, ob eine Psychose auf ein Trauma mit Sicherheit zurückzuführen ist oder unabhängig von ihm sich entwickelt hat.

Als traumatische Psychose im engeren Sinne läßt *Obersteiner* (21) nur die traumatische Demenz gelten. Jede heftige Erschütterung des Körpers kann das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen und an ihm makrospkopische, mikroskopische oder funktionelle Veränderungen hervorrufen. Je größer die Disposition, desto leichter treten posttraumatische Störungen auf, auch nach Jahren kann ein Trauma Disposition hervorrufen. Traumatische Psychosen zeigen das Bild des progredienten Schwachsinns ähnlich dem bei Alkoholismus und Paralyse. In der Anamnese von Paralytikern findet man häufiger als in anderen Traumen verzeichnet. Diese können aber nur dann Paralyse hervorrufen, wenn Syphilis und Disposition hinzukommen.

*Mendel*s (20) Arbeit über die Beziehungen zwischen Unfall und Nervenkrankheiten liegt jetzt fertig vor. An der Hand des reichen Materials von über 1500 Gutachten schildert *M.* den Einfluß der Traumen auf eine große Zahl von organischen Erkrankungen des Nervensystems in außerordentlich vorsichtiger und kritischer Weise. Das Werk bildet eine sehr wertvolle Bereicherung der Literatur unserer Spezialmedizin und wird vielen eine interessante und ihr forensisches Wissen fördernde Lektüre sein.

Yokishawa (31) konnte 8 Gehirne untersuchen von Leuten, die vor kurzer oder längerer Zeit ein Kopftrauma erlitten hatten. In 3 Fällen handelte es sich um frische Veränderungen, in zwei anderen um eitrige und einfache Meningitis. Der Rest zeigte Gefäßveränderungen, die durch Zeichnungen illustriert werden, Gliawucherungen, Vermehrung der Gefäße und Verdickung ihrer Wandungen.

Eine Frau war nach vorhergegangenem Wortstreite von ihrer Gegnerin mit Wasser bespritzt und kurze Zeit später tot umgefallen. *Kornfeld* (17) gab sein Gutachten dahin ab, daß der Tod durch psychische Einwirkung erfolgt, sei und macht im Anschluß daran Vorschläge zur Verbesserung der §§ 211, 212, 223 und 230 des RStGB.

Trespe (23) beobachtete einen Musketier, der in der Trunkenheit wahrscheinlich eine Infraktion des Schädels über dem linken Schläfen- und Scheitelbein erlitten hatte. Verwirrung, Desorientierung, Somnolenz und Amnesie für den Unfall waren die nächsten Folgen, sowie weitgehende retroaktive Amnesie. Später bestanden Störungen des Gedächtnisses, der Merk- und Urteilsfähigkeit, sowie ein völliger Verlust der Fähigkeit zu lesen und zu schreiben. *Tr.* sieht den Fall als traumatische Demenz im Sinne *Köppen*s an, kompliziert durch eine Verletzung der Hirnzentren für das Lesen und Schreiben.

Wendenburg (24) teilt die Krankengeschichte eines Studenten mit, der nach Alkohol vorübergehend nervöse Beschwerden bekommen hatte und später, nach einem Sturz mit schwerer Hirnerschütterung, Zustände von Bewußtseinsstörung bekam, in denen er planlose Wanderungen, zuletzt eine Reise an die Riviera unternahm. Epileptische und hysterische Stigmen waren nicht nachzuweisen, vielleicht spielte der Alkohol eine Rolle bei Entstehung der Dämmerzustände.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Knapp (15) entlarvte durch mühevolle, langwierige Untersuchungen einen Simulanten, der bei mehreren früheren Beobachtungen das Bild eines Schlaf- oder eines Stuporzustandes geboten hatte, der im Anschluß an eine Gehirnerschütterung entstanden sein sollte. Die Feststellung des tatsächlichen Befundes wurde durch das Vorliegen eines schweren Traumas und eines ungewöhnlichen Grades von Selbstbeherrschung bei dem Verletzten erschwert. Sie war nur möglich, weil die Beobachtung zeitlich unbeschränkt war. Nach *Becker* (2) unterstützen die *Sommer*schen Untersuchungsmethoden nicht nur die Artdiagnose, welches Nervenleiden vorliegt, sondern liefern namentlich wertvolle Hilfe, wenn es sich darum handelt, Simulation auszuschließen. Der traumatische oder nicht traumatische Ursprung eines Nervenleidens läßt sich aber auch mit ihnen nicht beweisen. In erweitertem Maßstabe erläutert er, unter Beigabe ausführlicher Krankengeschichten, die Anwendung der Methoden in einer zweiten Arbeit (1), die durch die beigegebenen Zitterkurven echtes oder simuliertes Zittern illustriert. Er wandte die Methoden auch bei traumatisch Nervösen an, die ihm zur Oberbegutachtung überwiesen waren. In drei Fällen fand sich Übertreibung des Grades der Erwerbsunfähigkeit bei vorliegender Krankheit, in drei anderen, in denen Simulation vorliegen sollte, wurde Krankheit nachgewiesen, in einem Falle sprach die Art der Simulation für Urteilsschwäche. Nicht alle traumatischen Neurosen sind nach *B.* als Schreckneurosen anzusehen.

Leppmann (19) stellte aus dem Aktenmaterial der Berl. L. V. A. fest, daß die Jahrgänge 35—39, 45—49 und 50—54 beim Eintritt in die Invalidität ganz auffällig überwiegen. Die große Zahl derer, die verhältnismäßig jung invalide werden, erklärt sich aus starker angeborener Minderwertigkeit des Nervensystems, später wirkt das Klimakterium mit, teilweise handelt es sich auch um vorzeitiges Greisenalter. Die körperlichen Schädlichkeiten, welche in Verbindung mit Hysterie zur Invalidität führen, sind die Lungen- und Frauenleiden und die Unfälle. Die verschiedenen Formen bieten der Beurteilung für die Erwerbsfähigkeit wechselnde Schwierigkeiten. Am leichtesten sind die mit Lähmungen und Siechtum einhergehenden Hysterien zu beurteilen. Zahlreich sind die Fälle, in denen der Hauptnachdruck auf der seelischen Verstimmung liegt. Reizbarkeit, Unstetigkeit, tiefe Verstimmung, Willenslähmung, hypochondrische Vorstellungen können Invalidität bedingen. Hier ist genaue Beobachtung eventuell in der Klinik erforderlich. Höchstens 10% aller Hysterischen, die einmal Rente bezogen haben, werden wieder erwerbsfähig. Die Unfallshysterien und die Hysterie der Männer scheint dabei noch günstiger abzulaufen als die der Frauen. Nur für Hysterische, die erst kurze Zeit erwerbsunfähig sind, empfiehlt sich Heilstättenbehandlung.

In einem kurzen Vortrage äußert *Windscheid* (30) sich dahin, daß die Rente die Ursache der traumatischen Neursosen ist, warnt vor zu hoher Einschätzung der Rente, häufigem Wechsel der Gutachter und falschem Mitleid. Arbeit ist das einzige Heilmittel.

Kern (12) referiert die Literatur über die Unfallneurosen und teilt vier Fälle mit, in denen hysterische Einzelsymptome nach dem Unfall eine Rolle spielten. Die Neurosen nach Unfall unterscheiden sich nach ihm nicht von den gewöhnlichen, pflegen eine ganz schlechte Prognose zu haben und werden selten simuliert. Manch-



Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

mal werden sie durch Gewährung hoher Renten beseitigt, für die Mehrzahl der Fälle empfiehlt sich aber niedrigere Bemessung der Rente, denn der damit gesetzte Zwang zur Arbeit ist das einzige und beste Heilmittel. *Götze* (8) beschreibt zunächst 4 Fälle von traumatischen Armverletzungen mit Nervenstörungen und schildert dann vier andere, in denen es sich um hysterische traumatische Krankheitsbilder handelt. Bedenklich erscheint *G.*s Ansicht, daß man von der Art der psychogenen Phänomene, die bei der Begutachtung gefunden werden, Rückschlüsse auf etwa unbekannte Vorgänge bei dem Unfall zu machen sehr wohl berechtigt sein soll. *Windscheid* veröffentlicht eine Anzahl interessanter Gutachten über den Zusammenhang zwischen organischer oder funktioneller Erkrankung des Zentralnervensystems mit Unfällen. In einem Falle (27), in dem ein Minderwertiger sich mehrere Sittlichkeitsverbrechen hatte zuschulden kommen lassen und später Selbstmord beging, sollte dieses Suizid auf einen Unfall zwei Tage vor dem Tode zurückzuführen sein. W. führt den Nachweis, daß kein Zusammenhang zwischen Selbstentleibung und Unfall vorlag. Zu demselben Resultat kommt *Buschmann* (4), der sich ebenfalls über den Zusammenhang von Unfall und Selbstmord zu äußern hatte. Ein andermal war eine Paralyse auf eine Fingerquetschung zurückgeführt, auch hier konnte kein Zusammenhang angenommen werden (26). Bei einem anderen Manne war nach einem Sturze, verbunden mit Kopftrauma, Stauungspapille festgestellt (25) und darnach Gehirngeschwulst als Unfallfolge angenommen. Hier ließ sich später nur eine Hysterie nachweisen.

Zweig (32) schildert 6 interessante Fälle von Wirbelsäulenverletzung, die, häufig infolge ungenauer Untersuchungen, als Neurasthenien u. ä. angesehen wurden. Er macht auf die Notwendigkeit aufmerksam, stets genau auch die Wirbelsäule zu untersuchen, da sich oft an ihr greifbare Veränderungen finden, welche sich hinter nervösen Beschwerden verbergen. Die Durchleuchtung leistet die einzigen zuverlässigen Dienste und sollte deshalb stets vorgenommen und öfter wiederholt werden, da sich häufig erst nach Jahren sichtbare Veränderungen im Bilde zeigen.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Bennecke*, Die Art der Delikte bei den einzelnen krankhaften Geisteszuständen Heeresangehöriger. Klinik f. psych. und nervöse Krankheiten III. H. 2. (S. 61*.)
2. *Blau*, Vortäuschung von Fehlern und Gebrechen unter den Heerespflichtigen in den verschiedenen Armeen. Dtsch. milit.-ärztl. Zeitschr. H. 3. (S. 62*.)
3. *Gerlach*, Ein Fall von Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustand. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 4. (S. 62*.)
4. *Gisler*, Einfluß des Alkohols im Militärdienst. Med. Klinik Nr. 38. (S. 62*.)
5. *Körtnig*, Aus der Literatur des Militärsanitätswesens. Med. Klin.-Beiheft III. S. 59.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. *Mattauschek*, Neurosen und Militärdiensteignung. Wien. med. Wochenschr. Nr. 6. (S. 61*.)
7. *Meltzer*, Abnorme Geisteszustände in der Armee. Zeitschr. f. d. Beh. Schwachsinniger XXVIII 5 u. 6. (S. 62*.)
8. *Stier*, *Ewald*, Die Behandlung der Geisteskranken im Kriege. Dtsch. mil.-ärztl. Zeitschr. S. 545. (S. 62*.)
9. *Stier*, *Ewald*, Der Militärdienst der geistig Minderwertigen. Langensalza. Beyer. 1907. 50 Pf. (S. 62*.)
10. *Stier*, Neuere psychiatrische Arbeiten und Tatsachen aus den außerdeutschen Heeren. H. Frankreich. K. Rußland. Dtsch. mil.-ärztl. Zeitschr. H. 4. S. 159. (S. 62*.)
11. *Wagner*, Die Bedeutung der psychiatrischen Forschung für die Armee. Dtsch. mil.-ärztl. Zeitschr. Nr. 4. S. 145. (S. 61*.)
12. *Zuzak*, Die Irrenanstalten des österreichischen Heeres. Neurol. Zentralbl. S. 1168. Sitzungsber. (S. 62*.)

Beim Militär geben die gleichen Krankheitsformen und Symptome Anlaß zu Gesetzesübertretungen wie bei der Zivilbevölkerung. Allerdings unterscheidet sich die Art der Kriminalität geisteskranker Soldaten von der der übrigen Bevölkerung durch das Vorwiegen sogenannter militärischer Delikte.

Bennecke (1) beobachtete 281 Fälle, von denen 164 in Konflikt gerieten, bei 110 wurde ein gerichtliches Verfahren eingeleitet, 54 begingen nur Disziplinarvergehen, 41 waren schon vor dem Diensteintritt vorbestraft.

Wagners (11) Vortrag gibt einen interessanten Einblick in die psychiatrischen Verhältnisse bei der Armee. Seit 1874/75 hat sich die Zahl der Geisteskranken in der Armee um das Vierfache erhöht. Im Jahre 1903/04 mußten 713 Mann wegen Geisteskrankheit — wegen Erkrankung des Nervensystems überhaupt 1975 Mann — als dienstunbrauchbar abgegeben werden. Des weiteren erörtert er die Frage der Geisteskrankheit in Verbindung mit Dienstbeschädigung, die Vermeidung der Mißhandlungen durch rechtzeitige Erkenntnis von Geisteskrankheiten bei Rekruten und die Ausschaltung ungerechter Verurteilungen wegen dienstlicher Vergehen, die nicht selten die ersten Zeichen beginnender Krankheit sind.

Mattauschek (6) macht genaue statistische Mitteilungen über die Häufigkeit der Epilepsie, Hysterie und Nervosität in den österreichischen Armeen. In seinen beachtenswerten Ausführungen über den Einfluß dieser Krankheiten auf die Diensttauglichkeit kommt er zu dem Schlusse, daß die Epilepsie immer eine ungünstige Prognose für die Diensttauglichkeit hat und eine möglichst rasche Abgabe der Epileptiker in Interesse der Armee liegt. Die erworbene Neurasthenie heilt öfter beim Militär, dagegen bieten die endogenen Formen eine schlechte Prognose. Leute, die an endogener Nervosität leiden, sind deshalb möglichst bald zu entlassen. Von den hysterischen Soldaten ist ein Teil heilbar, wenn auch oft erst nach langer Zeit, Fälle


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einfacher Hysterie sind deshalb zu behandeln. Eine einmalige Feststellung der Hysterie darf nicht als Berechtigung zum definitiven Ausscheiden aus dem Militärdienst angesehen werden. Hysterische Symptome werden auch nicht selten simuliert.

Zuzak (12) schildert die Verhältnisse in der österreichischen Militärirrenanstalt, die einen Bestand von 120 hat und fachtechnisch selbständig ist. Sie besitzt einen kolonialen Ackerbaubetrieb. Auch bei ihr wachsen die Aufnahmen stärker als die Bevölkerung, die Juden stellen eine besonders große Anzahl Geisteskranker mit meist schweren Psychosen, die Mohammedaner verhältnismäßig die wenigsten. Die Besserungstendenz ist bei den Militärpsychosen größer als bei der Zivilbevölkerung, der Ablauf der Krankheitssymptome schneller.

Meltzer (7) schildert in anschaulicher Form und gestützt auf seine Erfahrungen als Arzt und Soldat alle Schwierigkeiten, welche der Armee durch Einstellung Schwachsinniger entstehen. Auch *Stier* (9) untersucht in einer etwas umfangreicheren Schrift die Hindernisse, welche dem Militärdienst der Schwachsinnigen entgegenstehen, beschreibt die zahlreichen disziplinaren und anderen Vergehen, welche aus der Art der Krankheit im Dienst bei der Truppe hervorgehen, und weist schließlich auf die große Bedeutung der Hilfsschulen hin, welche darin liegt, daß sie es ermöglichen geistig Zurückgebliebene rechtzeitig us dem Militärdienst zu entfernen. In der Forsetzung seines Referats bespricht *Stier* (10) die psychiatrische Literatur über die Armeen Frankreichs, der Balkanstaaten und Rußlands. Ein Vergleich der Ergebnisse seiner Zusammenstellung mit Deutschland spricht durchaus zu unseren Gunsten. Die Ausbildung und Weiterbildung der Sanitätsoffiziere, die Zugangszahlen der Geisteskranken, die besonderen Einrichtungen für solche Patienten, ihre Behandlung vor den Kriegsgerichten, die Herausfindung der geistig Zweifelhaften aus der Mannschaft, und die Fürsorge für die Erkrankten haben bei uns erfreuliche Fortschritte gemacht. Zum Schlusse weist er nochmals auf die auch für uns in der Zukunft zu beachtenden Erfahrungen hin, welche die Völker, die in letzter Zeit Kriege führten, oder Kolonialarmeen im Kriegszustand unterhielten, mit den Geisteskranken bei ihren Truppen gemacht haben. *Stiers* (8) Arbeit über die Behandlung Geisteskranker im Kriege enthält in kurzer Form alles, was praktisch, wissenswert und durchführbar ist.

Gerlach's (3) Fahnenflüchtiger hatte schon vor seiner Militärzeit an Fuguezuständen gelitten. Sensibilitätsstörungen, Suggestibilität (Hervorrufung des Ganserschen Symptoms) sprechen für Hysterie und gegen Epilepsie.

Gisler (4) hält den Alkohol in der Armee für entbehrlich, selbst bei abnormen Temperaturen, außergewöhnlichen Anstrengungen und ungewöhnlich ermüdenden Situationen im Kriege. Er stützt seine Ausführungen hauptsächlich auf die Erfahrungen englischer Militärärzte.

Die Schrift *Blaus* (2) über Vortäuschung von Fehlern und Gebrechen bei den Heerespflichtigen bespricht kurz aber eingehend alle körperlichen Krankheiten, welche hervorgerufen werden, um sich vom Militärdienst zu befreien. Auch die Nerven- und Geisteskrankheiten, welche gelegentlich zu diesem Zwecke simuliert werden, erörtert er und bringt kurz einige Fälle aus der Literatur.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref. Otto Snell-Lüneburg.

1. *Abraham, K.*, Traum und Mythus. Eine Studie zur Völkerpsychologie. (Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausg. v. S. Freud. Heft 4). Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 1909. 73 S. 2,50 M. (S. 96*.)
2. *Albrand, W.*, Okulistische Beiträge zur Wertung der Degenerationszeichen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 44. H. 1. S. 121.
3. *Alexander, J.*, Die Methoden zur Messung der geistigen Ermüdung der Schulkinder. Breslau. Inauguraldiss. 19 S. 0,70 M.
4. *Alt, K.*, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 15. S. 706—720.
5. *Alt, K.*, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. H. 3. S. 480.
6. *Antheaume, A.* et *Dromard, G.*, Poésie et folie, Essai de psychologie et de critique. Paris. O. Doin.
7. *Appelt* u. *Schumm*, Phosphorsäuregehalt der Spinalflüssigkeit. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 2.
8. *Araky, S.*, Beiträge zur harmonischen Kurvenanalyse. Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. 8. H. 3 u. 4.
9. *Aschner, B.*, Über einen bisher noch nicht beschriebenen Reflex vom Auge auf Kreislauf und Atmung. Verschwinden des Radialpulses beim Druck auf das Auge. Wien. klin. Wochenschrift 43.
10. *Ashmead, A. S.*, The fount of evil. The alienist and neurologist. Vol. 29. No. 1. p. 30.
11. *Auerbach, Siegm.*, Ein Reichsgesetz, betr. die Gesundheitsschädigung durch Lärm. Med. Klin. Nr. 14. S. 515.
12. *Bach, L.*, Pupillenlehre. Anatomie, Physiologie und Pathologie. Methodik der Untersuchung. Berlin, S. Karger. 340 S. 12 M. (S. 99*.)
13. *Bachem, C.*, Unsere Schlafmittel, mit besonderer Berücksichtigung der neueren. 1909. Berlin. Hirschwald. 88 S. 2 M.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14. *Bancroft*, *Ch. P.*, Hopeful and discouraging aspects of the psychiatric outlook. Americ. journ. of insanity. Vol. 65. No. 1. p. 1.

15. *Bechterew*, *W. v.*, Die Funktionen der Nervenzentra. Deutsche Ausgabe v. Weinberg. 1. Heft: Einleitung, Untersuchungsmethoden, Rückenmark und verlängertes Mark. Jena. G. Fischer. 691 S. 16 M. (S. 93*.)

16. *Bechtereff*, *W.*, Le professeur Mierzejewsky et son rôle dans l'évolution de la psychiatrie en Russie. Revue de psychiatrie. No. 8. p. 342.

17. *Bechterew*, *W. v.*, Psyche und Leben. 2. Aufl. Wiesbaden, Bergmann. 209 S. 5,60 M. (S. 94*.)

18. *Bechterew*, *W. M.*, u. *Pussep*, *L. M.*, Die Chirurgie bei Geisteskrankheiten. Obosrenje (Revue) psychiatrii, nevrologii i experimentalnoj psychologii. Nr. 2 u. 4. (Russisch.) (S. 101*.)

19. *Becker*, *Th.*, Einführung in die Psychiatrie. Leipzig, G. Thieme. 4. Aufl. 228 S. 4 M. (S. 91*.)

20. *Benigni*, *F.*, Ricerche elettrolitiche sopra il sangue di ammalati di mente. Revista Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. p. 606—617.

21. *Benon*, *M. R.*, Les amnésies (étude clinique), Gazette des hospitaux. No. 67. p. 795.

22. *Benon*, *R.*, et *Vladoff*, Les amnésies asphyxiques par pendaison, strangulation, submersion etc., au point de vue clinique et médicolégal. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Mai 1908.

23. *Berliner*, *Kurt*, Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., herausg. v. R. Sommer. Bd. 3. H. 4. S. 291.

24. *Bernot*, *G. H.*, Schüchternheit, nervöse Angst- und Furchtzustände sowie andere seelische Leiden und ihre dauernde Heilung. 7. Aufl. Leipzig, Modern-med. Verlag. 160 S. 3 M.

25. *Bertolani*, *Aldo*, Contributo allo studio dell' infantilismo sessuale da lesioni cerebrali. Rivista Sperimentale di Frenatria. 1908. Vol. XXXIV. p. 543—548.

26. *Bieganski*, *W.*, Medizinische Logik, Kritik der ärztlichen Erkenntnis. Übersetzt von A. Fabian. Würzburg, C. Kabitzsch. 1909. 237 S. 4,50 M.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27. *Binet-Sanglé.* La folie de Jésus, son hérédité, sa constitution, sa physiologie. Paris, A. Maloine. 294 S.

28. *Blasius, O.*, Eston, Subeston, Formeston und deren bakterizide Eigenschaften. Hyg. Rundsch. Nr. 16.

29. *Blumenthal, F.*, Schlafmittel aus der Harnstoffreihe. Med. Klin. Nr. 36. S. 1383.

30. *Boas*, Der Maler Rasmussen in Felix Philippis Trauerspiel „Das große Licht". Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 42 u. 43.

31. *Boigey*, Étude psychologique sur l'islam. Annales médico-psychologiques. 1908. juillet-août. No. 1. p. 5.

32. *Boltenstern, O. v.*, Eglatol, entgiftetes Chloralhydrat. Deutsche Ärzteztg. H. 14. 15. Juli 1908. (S. 101*.)

33. *Bornstein, A.*, Untersuchungen über die Atmung der Geisteskranken. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 24. H. 5. S. 392. (S. 97*.)

34. *Bory, Ch.*, Sur les incurables de la maison de Nanterre (étiologie, rôle de l'alcoolisme). Paris. 1,40 M.

35. *Bregman, L. E.*, Über Totalanästhesie. Neur. Zentralbl. Nr. 11. S. 498. (S. 99*.)

36. *Bresler*, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens. Psych. u. neur. Wochenschr. Nr. 31. S. 253.

37. *Brieger* und *Krebs*, Grundriß der Hydrotherapie. Berlin. Leonh. Simion Nachf. 3 M.

38. *Brodmann*, Über den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 496.

39. *Budde, G.*, Schülerselbstmorde. Hannover, M. Jänecke. 59 S. 1 M. (S. 93*.)

40. *Bumke, Osw.*, Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskranken. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 80 S. 2 M. (S. 91*.)

41. *Ceni, Carlo*, Sugli intimi rapporti funzionali tra cervello e testicoli. Rivista Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. p. 57—62.

42. *Chardinal* et *Guimaraes*, Contribution à l'étude de la pupille des aliénés. Archivos Brasileiros de Psychiatria. IV. No. 1 u. 2. p. 3.

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

43. *Chotzen, F.*, Beitrag zur Beurteilung der differentialdiagnostischen Verwertbarkeit der Lumbalpunktion. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908. Nr. 259. S. 295. (S. 98*.)

44. *Church, A.*, Diseases of the nervous system. London, S. Appleton. 28 sh.

45. *Clark, L. P.*, *Diefendorf, A. Roß*, Neurological and mental diagnosis, a manuel of methods. New York, Macmillan. 180 S. 1,25 Dollar. (S. 91*.)

46. *de Clérambault*, Passion érotique des étoffes chez la femme. Arch. d'anthropologie criminelle. No. 174. p. 439.

47. *Clouston, T. S.*, Die Gesundheitspflege des Geistes. — Aus dem Englischen übersetzt von Dietze. Mit Vorwort und Anmerkungen von Forel. München, Reinhardt. 319 S. 2,80 M. (S. 93*.)

48. *Combes, A.*, Influence des parfums et des odeurs sur les névropathies et les hystériques. Paris. 2 Fr.

49. *Conzen, Franz*, Über die Bedeutung des Achillessehnenreflexes. Münch. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1014. (S. 99*).

50. *Corcket, L.*, Un cas d'amnésie rétrograde générale et totale. Ann. médico-psychol. No. 1. p. 37.

51. *Cornet, Hans*, Ein Sensibilitätsprüfer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2615. (S. 97*.)

52. *Cornu, E.*, Le rein mobile dans ses rapports avec les troubles mentaux. Encéphale. No. 8. p. 175.

53. *Cornu, E.*, Sur la cuti-réaction et l'ophthalmo-réaction en psychiatrie. Ann. méd. psych. No. 2. p. 177.

54. *Cotton, H. A.*, und *Ayer, J. B.* jun., The cytological study of the cerebrospinal fluid by Alzheimer's method and its diagnostic value in psychiatry. Review of Neurology and Psychiatry. April 1908. S. 207. (S. 98*.)

55. *Cramer, A.*, Zur Theorie der Affekte. Festrede zur akademischen Preisverteilung am 17. Juni 1908. Göttingen, Dietrichsche Universitäts-Buchdruckerei. 23 S.

56. *Crinon, J.*, Observations pour servir à la pathogénie des idées de négation. Revue de psychiatrie. No. 7. P. 273.

57. *Csíky, Josef v.*, Über die Messung der Hypotonie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. S. 2070.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

58. *Cullerre, A.*, Coup d'oeil médico-psychologique sur le monde de la cour au temps de Louis XIV. L'encéphale. Anneé 3. No. 10. p. 346.

59. *Czerny, Ad.*, Der Arzt als Erzieher des Kindes. 2. Aufl. Leipzig u. Wien, Deuticke. 103 S. 2 M. (S. 93*.)

60. *Dana, C. L.*, Textbook of nervous diseases and psychiatry. 7. Aufl. New York. W. Wood & Co. 794 S. 5 Dollar.

61. *Dehio*, Weitere Erfahrungen über Dauerbäder. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 45.

62. *Deichert, H.*, Geschichte des Medizinalwesens des ehemaligen Königreichs Hannover. Hannover, Hahnsche Buchhandl. 356 S. 7 M. (S. 90*.)

63. *Delius, H.*, Nervöse Schmerzen und ihre hypnotisch-suggestive Behandlung. Med. Klin. Nr. 52. S. 1975.

64. *Deschamps, A.*, Les maladies de l'énergie. Paris, F. Alcan. 500 S.

65. *Dexler, H.*, Über das Vorkommen von Psychosen bei Säugetieren. Prager med. Wochenschr. Nr. 21. S. 273.

66. *Dexler, H.*, Zur Diagnostik der psychotischen Krankheiten der Tiere. Sonderabdruck aus der Prager med. Wochenschr. 1908—1909. Prag, Druck von C. Bellmann. 147 S.

67. *Döllken, A.*, Über Halluzinationen und Gedankenlautwerden. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 44. H. 2. S. 425.

68. *Dornblüth, O.*, Gesunde Nerven. Ärztliche Belehrungen für Nervenkranke und Nervenschwache. 4. Aufl. Würzburg, Stuber. 152 S. 2 M.

69. *Dost, Max.*, Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie. Leipzig, Vogel. 142 S. 4 M. (S. 91*.)

70. *Drapes, Th.*, The unity of insanity and its bearing on classification. Journ. of ment. science. No. 225. p. 328.

71. *Dreyfus, G. L.*, Über nervöse Dyspepsie. Jena, Fischer. 102 S. 2,50 M. (S. 95*.)

72. *Dromard, G.*, La mimique chez les aliénés. Paris, F. Alcan. 4 fr.

73. *Dumstrey, F.*, Der erste Napoleon. Ein psychologisches und pathologisches Problem. Leipzig, Wigand. 103 S. 3 M. (S. 89*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

74. *Dupouy, R.* et *Charpentier, R.*, Traumatismes crâniens et troubles mentaux. L'encéphale 1908. No. 4. p. 297.

75. *Dupré, E.*, et *Froissart, P.*, Un cas de délire onirique. L'encéphale. No. 12. p. 593.

76. *Eberschweiler, A.*, Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 240.

77. *Ebstein, W.*, Dr. Martin Luthers Krankheiten und deren Einfluß auf seinen körperlichen und geistigen Zustand. Stuttgart, Ferd. Enke. 64 S. 2 M. (S.89*.)

78. *Edinger, Ludw.*, Der Anteil der Funktion an der Entstehung von Nervenkrankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 67 S. 2 M.

79. *Edinger, L.*, Die Rolle des Aufbrauches bei den Nervenkrankheiten. Med. Klin. 1908. Nr. 28. S. 1053.

80. *Edinger, L.*, Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen und der Tiere. II. Bd. Vergleichende Anatomie des Gehirns. 7. Aufl. Mit 283 Abb. Leipzig, Vogel. 334 S. 15 M.

81. *Eichhoff, v. R.*, Fortschritt und Rückschritt, ihr wahres Wesen und ihre praktische Bedeutung. 226 S. Leipzig, A. Hasert & Co. 2 M.

82. *Ellerbach, J. B.*, Die Wasserkur, was sie ist, was sie wirkt. Ein Ratgeber für Gesunde und Kranke. Straßburg, Le Roux & Co. 544 S. 3,50 M.

83. *Erdmann, B.*, Wissenschaftliche Hypothesen über Leib und Seele. Köln. 4 M.

84. *Esposito, Giovanni*, Sull' isolamento. Rivista Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 1—45.

85. *Farrar, Cl. B.*, The autopathography of C. W. Beers. American journal of insanity. Vol. 65. No. 1. P. 215.

86. *Farrar, Cl. B.*, Trend of current psychiatry. Maryland medical journal. Sept.

87. *Ferenczi, Sándor*, Über Aktual- und Psychoneurosen im Lichte der Freudschen Forschungen und über die Psychoanalyse. Wien. klin. Rundsch. Nr. 48. S. 755. — Nr. 49. S. 775. — Nr. 50. S. 791. — Nr. 51. S. 805.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

88. *Flammarion*, *Camille*, Rätsel des Seelenlebens. Übersetzt von G. Meyrink. Stuttgart, J. Hoffmann. 1909. 428 S. 5 M. (S. 94*.)

89. *Flammarion*, *Camille*, Unbekannte Naturkräfte. Stuttgart, J. Hoffmann. 380 S. 6 M. (S. 94*.)

90. *Forel*, *A.*, Hygiene der Nerven und des Geistes im gesunden und kranken Zustande. 3. Aufl. Mit 4 Taf. Stuttgart, Moritz. 3,50 M.

91. *Frankl-Hochwart*, *L. v.*, Die nervösen Erkrankungen des Geschmackes und Geruches. 2. Aufl. Mit 13 Abb. Wien, Alfr. Hölder. 3 M.

92. *Frenkel*, Die Methode der Komplementablenkung im Dienste der Neurologie und Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 405.

93. *Friedmann*, *M.*, Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 382.

94. *Friedmann*, *M.*, Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. S. 821. — Nr. 20. S. 873. — Nr. 21. S. 908.

95. *Fritsch*, Zur Behandlung geisteskranker und psychoseverdächtiger Untersuchungshäftlinge. Wien. med. Wochenschr. Nr. 40.

96. *Fröderström*, *H.*, Über die Irisbewegungen als Äquivalente der psychischen Vorgänge. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 23. H. 5. S. 405.

97. *Fromm*, *M.*, Über Diabetes und Psychose. Inaugural-Dissert. Kiel. 22 S.

98. *Fuchs*, *W.*, Psychiatrie und Mneme. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 388.

99. *Fuchs*, *W.*, Psychiatrie und Biologie. Zeitschr. f. angew. Psych. I. H. 6.

100. *Fuchs*, *W.*, Frühsymptome bei Geisteskrankheiten, Vererbung, Entartung, Übermenschen, Antisozialität, Selbstmord, Verblödung, — ein Beitrag zur Persönlichkeitsforschung. 1,50 M. Eberswalde. 1908. M. Gelsdorf.

101. *Gadelius*, Psychiatrische Krankheitsformen in historischer Betrachtung. Hygiea. Nr. 2.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

102. *Ganter*, *Rud.*, Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 6. S. 916.

103. *Ganter*, *R.*, Über Entweichungen von Geisteskranken. Psych.-neur. Wochenschr. 1908. X. Jahrg. Nr. 1. S. 3.

104. *Gaupp*, *R.*, Psychologie des Kindes. Mit 17 Abb. Leipzig. B. G. Teubner. 1,25 M. (S. 93*.)

105. *Geller*, Gedächtnisstörungen bei Degenerierten. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 846.

106. *Geller*, *J.*, Aus dem Bewahrungshause in Düren. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 1908. V. Jahrg. H. 1. S. 14.

107. *Goldflam*, *S.*, Über Abschwächung bzw. Aufhebung des Zehen- und Verkürzungsreflexes. Neur. Zentralbl. Nr. 20. S. 946.

108. *Goldstein*, *K.*, Zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 44. H. 2. S. 584 u. H. 3. S. 1036.

109. *Goodhue*, *E. T.*, Race suicide. The medico-legal journal. Vol. 25. No. 3. P. 251.

110. *Gordon*, *Evans*. Die geheimen Mächte der Hypnose und der Suggestion. Dresden, Rudolph. 82 S. 2 M. (S. 100*.)

111. *Gordon*, *G. A.*, Pathogenesis of Stump Hallucinations. New York Medical Journal 4. I. 1908. (S. 97*.)

112. *Gottwills*, *A.*, „Redete Goethe im Wahnsinn?" Die Wahrheit über Willensbeeinflussung, Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen und insbesondere über den Irrsinn. 4 M. Schwerin i. M., E. Herberger. 1908.

113. *Gowers*, *W. R.*, Heredität bei Nervenkrankh. Lancet. Nr. 4447.

114. *Gowers*, *W. R.*, The mechanism of nystagmus. Proceedings of the Royal Society of medicine. Juni.

115. *Gowers*, *W. R.*, The mechanism of nystagmus. The ophthalmoscope. Juni.

116. *Grasset*, *J.*, L'occultisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique. 2. édition. Montpellier, Coulet et fils. 471 S.

117. *Gregor*, *A.*, Ein einfacher Apparat zur Exposition optischer Reize. Klin. psych. u. nerv. Krankh., herausg. v. Sommer. S. 20.

118. *Grimaldi*, *Andrea*, Il Museo Ciaramella. Manicomio Ann. 24. No. 2. P. 287.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

119. *Grimme*, Über die Typhusbazillenträger in den Irrenanstalten. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 1.

120. *Grotjahn*, *A.*, Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.

121. *Gudden*, *H.*, Über Massensuggestion und psychische Massenepidemien. München, O. Gmelin. 20 S. 0,75 M. (S. 90*.)

122. *Guiraud*, *P.*, La propriété neurotoxique. Montpellier. 2 M.

123. *Guttmann*, *L.*, Untersuchungen über die Unterschiedsempfindlichkeit auf dem Gebiete der Schallempfindungen bei Nerven- und Geisteskranken. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 23. H. 5. S. 423.

124. *Haenisch*, *G.*, Ruhr in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 60. H. 2. S. 245. (S. 98*.)

125. *Halbey*, *Kurt*, Über das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens“. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 307.

126. *Hartung*, *A.*, Die wunderbaren Kräfte der Sympathie. Natürl. und sympath. Haus- und Heilmittel. Leipzig, Ernst. 118 S. 1 M.

127. *Heilbronner*, *K.*, Über Vorstellungs-Kontamination, Sprachverwirrtheit und inhaltliche Verwirrtheit. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 275. S. 898.

128. *Heilemann*, Über den Typhus in Irrenanstalten unter Bezugnahme auf die in Bunzlau gemachten Erfahrungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 424.

129. *Hellpach*, Das Unbewußte. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 381.

130. *Hermann*, *Fr.*, Gehirn und Schädel, eine topographisch-anatomische Studie in photographischer Darstellung. Mit 69 zum Teil mehrfarb. Lichtdrucktaf. Jena, Fischer. 60 M. (S. 92*.)

131. *Heß*, *C.*, Über „Blaublindheit“ durch Gelbfärbung der Linse. Arch. f. Augenheilk. Bd. 61. H. 1. S. 29.

132. *Heß*, *C.*, Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Pupillenspieles. Med. Klin. Nr. 32. S. 1224.

133. *Heß*, *C.*, Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Pupillenspieles. Arch. f. Augenheilk. Bd. 60. H. 4. S. 327. (S. 99*.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

134. *Hilger*, *W.*, Die Hypnose und die Suggestion. Ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. 1909. Jena, G. Fischer. 194 S. 4 M. (S. 102*.)

135. *Hirschfeld*, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. 9. Jahrg. 663 S. 12 M. Leipzig, M. Spohr.

136. *His*, *W.*, Medizin und Überkultur. Leipzig 1,20 M. Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 15. S. 625.

137. *Hoesslin*, *R. v.*, Über den Verlust der Sehnenreflexe bei funktionellen Nervenkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2597. (S. 99*.)

138. *Hoppe*, *Ad.*, Beitrag zur Pathologie der Erkenntnis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 275. S. 909.

139. *Hublé*, *M.*, et *Pigache*, *R.*, Séquelles nerveuses consécutives au coup de chaleur. Archives de neur. No. 10. P. 265.

140. *Hübner*, Das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 839.

141. *Hughes*, *C. H.*, Thaw and his mental status. The alienist and neurologist. Vol. XXIX. No. 2. P. 1.

142. *Hughes*, *Ch. H.*, La phobie du regard. The alienist and neurol. Vol. 29. No. 1. P. 46.

143 *Hughes*, *C. H.*, Inadequate precautions concerning the insane. The alienist and neurologist. Vol. 29. No. 1. P. 80.

144. *Hurd*, *H. M.*, Psychiatry as a part of preventive medicine. Americ. journal of insanity. Vol. 65. No. 1. P. 17.

145. *Jach*, Über Technik und Ergebnisse der Lumbalpunktion. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 420.

146. *Jacobsohn*, *L.*, Über den Fingerbeugereflex. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. S. 1971.

147. *Jansen*, Psychiatrische Epidemie in Hessen. Zeitschr f. Religionspsychol. I. H. 8.

148. *Imboden*, *K.*, Ein Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 731.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

149. *Joire, P.*, Handbuch des Hypnotismus, seine Anwendung in Medizin, Erziehung und Psychologie. Deutsch von O. v. Boltenstern. Berlin. 8 M.

150. *Joire, Paul*, Handbuch des Hypnotismus. Übersetzt von v. Boltenstern. Berlin, L. Marcus. 482 S. 8 M.

151. *Joshymura, K.*, Über den Mendelschen Fußrückenreflex. Wien. klin. Rundsch. Nr. 20. S. 309. — Nr. 21. S. 326.

152. *Jung, C. G.*, Der Inhalt der Psychose. Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausg. von S. Freud. Leipzig-Wien, Franz Deuticke. 26 S. 1,25 M.

153. *Jutschtschenko, A. J.*, Über die Oxydationsprozesse im Organismus der Geisteskranken und die Giftigkeit des Harns derselben. Arch. f. Psych. Bd. 45. H. 1. S. 153.

154. *Kauffmann, Max*, Zur Pathologie der Größenideen. Allg. Ztschr. f. Psych. H. 2. S. 272.

155. *Kauffmann, Max*, Über Diabetes und Psychose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 621.

156. *Kausch, W.*, Ein Instrument zur lumbalen Punktion, Injektion und Druckmessung und ein Verfahren der letzteren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. S. 2217. (S. 98*.)

157. *Kern*, Über hysterische Einzelsymptome als Folge von Unfällen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. Bd. 35. H. 1. S. 59.

158. *Kiefer, O.*, Sokrates und die Homosexualität. Jahrb. f. sexuelle Zwischenstufen. 9. S. 197.

159. *Kiernan, J. H.*, Sleep states. The alienist and neurologist. No. 3. P. 317.

160. *Kisch, E.*, Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. 2. verm. u. verb. Aufl. 728 S. Mit 122 z. T. farb. Abb. 20 M. geb.

161. *Kleist, K.*, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908. Klinkhardt. 171 S. 4,50 M.

162. *Klinke, O.*, E. T. A. Hoffmanns Leben und Werke vom Standpunkte eines Irrenarztes. 2. Aufl. Halle, Marhold. 239 S. 3 M. (S. 89*.)


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

163. *Knapp*, *A.*, „Die Hypotonie", eine klinisch-physiologische und anatomische Untersuchung. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 23, Ergänzungsh. S. 16.

164. *Knauer*, *A.*, Über den Einfluß von Ausdrucksbewegungen auf das elektrolytische Potential und die Leitfähigkeit der menschlichen Haut. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. Bd. H. 1. S. 1.

165. *Kraepelin*, *E.*, Zur Entartungsfrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 271. S. 745.

166. *Kraus*, *F.*, Die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Seele und Körper in Fragen der inneren Medizin. Ergebnisse der Inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 1.

167. *Krause*, *Fedor*, Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Bd. 1. 176 S. 12 M. (S. 101*.)

168. *Kronthal*, *P.*, Nerven und Seele. Jena, G. Fischer. 431 S. 10 M. (S. 94*.)

169. *Krusius*, *Franz E.*, Über ein Binokular-Pupillometer. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 4. S. 154.

170. *Küster*, Über die Ursache der Hauterkrankung bei Anwendung von Dauerbädern. Arch. f. Hyg. Bd. 62. S. 365.

171. *Lachmund*, *H.*, Untersuchungen über die Konvergenzreaktion bei reflektorischer Pupillenstarre. Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 27. S. 1263—1266.

172. *Ladame*, *Ch.*, Le rôle du travail dans le traitement des maladies mentales. Vortrag in der Versammlung der „Société genevoise de patronage des aliénés" am 5. Mai 1908. (S. 102*.)

173. *Ladame*, *Ch.*, L'association des idées et son utilisation comme méthode d'examen dans les maladies mentales. Encéphale no. 8, p. 180.

174. *Lagriffe*, *Lucien*, Guy de Maupassant. Étude de psychologie pathologique. Annales méd.-psych. No. 2, Sept.—Oct. p. 203. No. 3. p. 353.

175. *Laures*, *H.*, Les synésthésies. (Bibl. de psychologie expérimentale et de métapsychie; directeur: R. Meunier. Vol. 6.) Paris. Bloud et Cie. 97 S.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

176. *Lechner*, *K.*, Behandlung der Schlaflosigkeit. Wien. med. Wochenschr. Nr. 40. (S. 99*.)

177. *Lehmann*, *Alfr.*, Aberglaube und Zauberei von den ältesten Zeiten an bis in die Gegenwart. Deutsch von Petersen (Düsseldorf). 2. Aufl. Mit 2 Taf. u. 67 Textabb. Stuttgart, Enke. 665 S. 14 M. (S. 90*.)

178. *Lener*, *Franc.*, Le malattie mentali e le correnti migratorie dell' Italia Meridionale. Manicomio Ann. 24. No. 2.

179. *Lépine*, *Jean*, und *Popoff*, *V. St.*, Recherches sur les variations cytologiques du sang chez les aliénés. L'encéphale. Ann. 3. No. 12. p. 574.

180. *Lessing*, *Th.*, Der Lärm. Eine Kampfschrift gegen die Geräusche unseres Lebens. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2,40 M.

181. *Levinsohn*, *G.*, Über Miosis bei reflektorischer Pupillenstarre. Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 15. S. 745.

182. *Lewandowsky*, *M.*, Über Abspaltung des Farbensinnes. Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. 23. H. 6. S. 488.

183. *Ley*, *A.*, Der fortgesetzte Bettaufenthalt in der Behandlung von Nerven- und Geisteskrankheiten. Journal médical de Bruxelles. 11. Juni 1908.

184. *Ley*, *A.*, L'alitement prolongé dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. Journ. méd. de Bruxelles. 1908. No. 24. (S. 102*.)

185. *Liebreich*, *R.*, Die Asymmetrie des Gesichts und ihre Entstehung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1908. 26 S. 2 M.

186. *Liepmann*, *H.*, Die agnostischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 534.

187. *Liepmann*, *H.*, Über die agnostischen Störungen. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 13. S. 609.

188. *Lipowski*, *J.*, Anleitung zur Beurteilung und Bewertung der wichtigsten neueren Arzneimittel. Berlin, Julius Springer. 102 S. 2,80 M.

189. *Löwenstein*, *Kurt*, Beitrag zur Differentialdiagnose des katatonischen und hysterischen Stupors. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 790.




Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

190. *Löwy*, *Max*, Die Aktionsgefühle: Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie des Aktivitätsgefühls und des Persönlichkeitsbewußtseins. Prager med. Wochenschr. Nr. 32.

191. *Lomer*, *G.*, Kurzgefaßter praktischer Ratgeber für Irrenärzte und solche, die es werden wollen. Wiesbaden, Bergmann. 33 S. 1 M. (S. 91*.)

192. *Lubomirska*, Prinzessin. Les préjugés sur la folie. Mit einer Vorrede von J. Marie. (Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie, herausg. von R. Meunier. Vol. 4. 87 S. Paris, Bloud.

193. *Lucka*, *E.*, „Die Phantasie"; eine psychologische Untersuchung. 197 S. 2,50 M. Wien 1908. W. Braumüller.

194. *Lugaro*, *Ernesto*, I problemi odierni della psichiatria. Milano-Palermo-Napoli, Sandron. 378 S.

195. *Lundborg*, *H.*, Essai d'explication de la nature intime de la dégénérescence. L'encéphale. No. 2. P. 109.

196. *Mac Donald*, *C. F.*, The development of the modern care and treatment of the insane, as illustrated by the state hospital system of New York. Americ. journ of insanity. Vol. 64. No. 4. p. 646.

197. *Mac Donald*, *W.*, jun., Progress of psychiatry in 1907. America. Journal of mental science. April 1908. p. 399.

198. *Mac Dowall*, *C. F. F.*, Leucocytosis: Its relation to, and significance in acute mental disorders. The Journ. of mental science. Vol. 54. No. 227, p. 669.

199. *Maeder*, *A.*, Die Symbolik in den Legenden, Märchen, Gebräuchen. und Träumen. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 6. S. 45.

200. *Maeder*, *A.*, Nouvelles contributions à la psychopathologie de la vie quotidienne. Arch. de Psychol. 1908. T. VII. No. 27. (S. 96*.)

201. *Mainzer*, Das Westphalsche Zeichen bei „Gesunden". Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1553.

202. *Mairet*, *A.*, La jalousie. Étude psychophysiologique, clinique et médico-légale. Paris, Masson et Cie. 194 S. 4 fr.

203. *Mann*, *L.*, Psychiatrische Aufgaben der Gemeinden. Allg. Ztschr. f. Psych. H. 3. S. 397.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

204. *Marchand, L.*, Voies acoustiques. Bulletin de laryngol., otologie et rhinologie. Tome XI. 2. trimestre. 1. IV. 1908.

205. *Marchand, M.*, Manuel de médecine mentale. Paris, Doin.

206. *Marcuse, Julian*, Körperpflege durch Wasser, Luft und Sport. Leipzig, J. J. Weber. 6 M.

207. *Marie, A.*, Du séro-diagnostic en psychiatrie. Revue de psych. No. 10. P. 417.

208. *Marie, A.*, Contribution à l'étude de la toxicité urinaire dans les maladies mentales et nerveuses. Arch. de neurologie. No. 8. P. 89. — No. 9. P. 177.

209. *Marie, A.*, L'audition morbide. Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie, herausg. von Meunier. Vol. 3. Paris, Bloud. 146 S.

210. *Martini, G.*, La curva del lavoro meccanico esterno nei dementi lavoratori. Ramazzini. Ann. 2. Fasc. 2.

211. *Martini, G.*, Alcune osservazioni sul lavoro degli alienati. Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. 35. Fasc. 4. (S. 102*.)

212. *Mattauschek, E.*, Neurosen und Militärdiensteignung. Der Militärarzt. Nr. 6.

213. *Mattauschek, E.*, Einiges über die Degeneration des bosnisch-herzegowinischen Volkes. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 29. H. 1. S. 134. (S. 95*.)

214. *Mazurkiewicz, J.*, Über den reaktiven Charakter der Denkvorgänge. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 7. S. 298.

215. *Mercier, Ch.*, The physical basis of mind. The journ. of mental science. Vol. 54. No. 227. P. 619.

216. *Merzbach, Gg.*, Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Wien, Hölder. 470 S. 5,20 M. (S. 96*.)

217. *Metschnikoff, Elias*, Beiträge zu einer optimistischen Weltauffassung. Übersetzt von H. Michalski. München, Lehmann. 309 S. 6 M. (S. 94*.)

218. *Meyer, Ad.*, The problems of mental reaction-types, mental causes, and diseases. The psychol. bulletin. Vol. 5. No. 8. P. 245.

219. *Meyer, Ad.*, The rôle of the mental factors in psychiatry. Americ. journ. of insanity. Vol. 65. No. 1. P. 39.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

220. *Mills*, *W.*, Psychology in relation to physiology, psychiatry and general medicine. Americ. journ. of insanity. Vol. 65. No. 2. P. 25.

221. *Möbius*, *P. J.*, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. 9. Aufl. Mit einem Nachruf und dem Bildnis des Verfassers. Halle, C. Marhold. 171 S. 1,50 M. (S. 95*.)

222. *Mönkemöller*, *O.*, Korrektionsanstalt und Landarmenhaus. Ein soziologischer Beitrag zur Kriminalität und Psychopathologie des Weibes. 240 S. 5,60 M. Leipzig, J. A. Barth. 1908. (S. 90*.)

223. *Mohr*, *Fr.*, Das moderne „Zungenreden". Eine psychische Massenepidemie. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 8. S. 61. — Nr. 9. S. 69.

224. *Moll*, *V.*, Das Sexualleben des Kindes. Berlin. 5 M.

225. *Morel*, *J.*, Du patronage des aliénés sortants. Ce qu'il est, ce qu'il il devrait être. Arch. de neurol. No. 7. P. 38.

226. *Müller*, *E. H.*, Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 12. S. 93.

227. *Müller*, Schlafzustände. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 19.

228. *Nădejde*, *D. C.*, Die biologische Theorie der Lust und Unlust. Leipzig. 2,40 M.

229. *Näcke*, *P.*, Einteilung der Homosexuellen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1. S. 109.

230. *Näcke*, *P.*, Gedanken über sexuelle Abstinenz. Zeitschr. „Mutterschutz". Neue Folge. 4. Jahrg. 6. H. S. 321. (S. 96*.)

231. *Näcke*, *P.*, Über Homosexualität in Albanien. Jahrb. f. sexuelle Zwischenst. 9. S. 313. (S. 100*.)

232. *Näcke*, *P.*, Die Homosexualität in romanischen Ländern. Ztschr. f. Sexualwissensch. 1908. H. 6. S. 359. (S. 100*.)

233. *Näcke*, *P.*, Die angeblichen sexuellen Wurzeln der Religion. Zeitschr. f. Religionspsychol. Bd. 2. H. 1. (S. 95*.)

234. *Näcke*, *P.*, Sexuelle Umfragen bei halb- und unzivilisierten Völkern. Anthropophyteia (herausg. von S. Krauß; Verlag: Deutsche Verlags-Aktiengesellsch. in Leipzig). Bd. 5. S. 193. (S. 100*.)

235. *Näcke*, *P.*, Die Diagnose der Homosexualität. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 8. S. 338. (S. 43*.)



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

236. *Neumann*, *Herm.*, Veronalvergiftung und Glykosurie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. S. 1682. (S. 101*.)

237. *Nikitin*, *M. P.*, Über den Bechterewschen „Beugereflex der Zehen". Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 36. S. 1643.

238. *Nissl*, Experimentalergebnisse zur Frage der Hirnrindenschichtung. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 388.

239. *Nizzi*, *F.*, *e Pighini*, *G.*, La pressione osmotica del siero e del liquido cefalo-rachidiano in alcune malattie mentali. Riv. Speriment. di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 405—416.

240. *Nonne*, *Max*, Syphilis und Nervensystem. 19 Vorlesungen für praktische Ärzte, Neurologen und Syphilidologen. Mit 97 Abb. im Text. Berlin, S. Karger. 1909. 698 S. 20 M. (S. 98*.)

241. *Obersteiner*, *H.*, Trauma und Psychose. Wien. med. Wochenschr. Nr. 40.

242. *Oetker*, *K.*, Die Seelenwunden des Kulturmenschen vom Standpunkte moderner Psychologie und Nervenhygiene. Gedanken zu einer wissenschaftlichen Religion. Waldshut, H. Zimmermann. 214 S. 4 M.

243. *Oppenheim*, *H.*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. 5. verb. u. verm. Aufl. Mit 432 Abb. im Text. u. 8 Taf. 2 Bände. 1641 S. Berlin, S. Karger. 37 M.

244. *Orlowski*, Die Geschlechtsschwäche. Würzburg. 35 S.

245. *Ossipow*, *W. P.*, Photographisches Lautlesen. Newrologitscheski Wjestnik (Neur. Bote). Bd. 15. Lfg. 1. (Russisch.) (S. 97*.)

246. *Ossipow*, *W. P.*, Über Prophylaxe der Geisteskrankheiten im Zusammenhnag mit deren Ätiologie. Newrologitscheski Wjestnik (Neur. Bote). Bd. 14. Lfg. 3—4. (Russisch.) (S. 96*.)

247. *Pailhas*, *B.*, De l'art primitive chez l'aliéné. Encéphale. No. 8. P. 196.

248. *Pailhas*, *B.*, Dessins et manifestations d'art chez aliénés circulaires. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. März—April. No. 2.

249. *Pain* et *Schwartz*, Du rôle de l'intoxication en pathologie mentale, et l'influence du traumatisme ou de quelques maladies incidentes sur l'évolution de certaines vésanies. Revue de psychiatrie. No. 7. p. 281.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

250. *Paoli*, *Nino*, L'azione del freddo e dell' elettricità sul reticolo neurofibrillare. Rivista Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 217—223.

251. *Pearson*, *K.*, Über Zweck und Bedeutung einer nationalen Rassenhygiene (National-Eugenik) für den Staat. Leipzig u. Berlin. Teubner. 36 S. 1 M.

252. *Pelmann*, *K.*, Psychische Grenzzustände. Bonn, Fr. Cohen. 1909. 314 S. 6 M.

253. *Petrazzani*, *Pietro*, Di un singolare atteggiamento del collo che si osserva in qualche malato di mente. Rivista Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. p. 159—187.

254. *Petrén*, *Alfr.*, Über Spätheilung von Psychosen. Stockholm. Norstedt & Söner. 324 S. (S. 100*.)

255. *Pick*, *A.*, Über eine besondere Form von Orientierungsstörung und deren Vorkommen bei Geisteskranken. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.

256. *Pighini*, *Giacomo*, Sul potere che hanno la colesterina e la sostanza nervosa di neutralizzare la emolisi da lecitina e da sieri specifici. Riv. Sperimentale di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 188—195.

257. *Pighini*, *G.*, Le alterazioni del ricambio materiale nelle psicosi. Riv. Spiriment. di Freniatria. Vol. 34. Fasc. 1.

258. *Pilcz*, *Alex.*, Contribution à l'étude du suicide. Ann. méd.-psych. No. 2. P. 193.

259. *Pingel*, *H.*, Ein Symptomkomplex von zwei Formen der Erinnerungsfälschungen und von Gedankenlautwerden. Inaug.-Dissertation. Königsberg 1908.

260. *Plönies*, *W.*, Gesteigerte Reflexerregbarkeit und Nervosität in ihren ätiologischen Beziehungen zu den funktionellen Störungen und Reizerscheinungen der Magenläsionen mit Berücksichtigung des Einflusses der Anämie und Unterernährung. Arch. f. Psych. Bd. 45. H. 1. S. 192.

261. *Plönies*, *W.*, Über die Beziehungen der wichtigeren Schlafstörungen und der toxischen Schlaflosigkeit zu den gutartigen Magenläsionen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. Bd. H. 1. S. 33.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

262. *Pöppel, Markus*, Haben Geisteskranke andere Schädel als Nicht-Geisteskranke? Inaug.-Dissert. Würzburg. 37 S. (S. 97*.)

263. *Porosz, M.*, Homosexualität und Perversität. Zeitschr. f. Urologie. Bd. 2. H. 12.

264. *Potts, C. S.*, Nervous and mental diseases. 2. ed. London. H. Kimpton. 12 sh. 6 d.

265. *Prato, Salv.*, Il nuovo ipnotico „medinale" nella pratica psichiatrica. Riv. Speriment. di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 671—676.

266. *Preyer, W.*, Die Seele des Kindes. 7. Aufl. Von K. L. Schäfer. Leipzig, Th. Grieben. 8 M.

267. *Prinzing, Fr.*, Die Vererbung pathologischer Eigenschaften. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 1908. V. Jahrg. H. 1. S. 7.

268. *Probst, F.*, Edgar Allan Poe. Grenzfragen der Literatur und Medizin. H. 8. München, E. Reinhardt. 1908. 46 S. 1,20 M.

269. *Pruner, A.*, De l'auto-intoxication dans la confusion mentale. Paris. 1,80 M.

270. *Puech, R.*, Therapeutica cirurgica na alienaçao mental. Arch. Brasileiros de Psychiatria. IV. 1 u. 2. P. 102.

271. *Raecke*, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik nebst einem Anhang, enthaltend die für den Psychiater wichtigsten Gesetzesbestimmungen und eine Übersicht der gebräuchlichsten Schlafmittel. Berlin, A. Hirschwald. 146 S. 3 M. (S. 91*.)

272. *Raecke*, Diagnose und Behandlung der kindlichen Seelenstörungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 905.

273. *Raecke*, Zwangsvorstellungen und Zwangsantriebe vor dem Strafrichter. Arch. f. Psych. Bd. 43. H. 3.

274. *Ramón y Cajal, S.*, Studien über Nervenregeneration. Übersetzt von J. Bresler-Lublinitz. Leipzig, Barth. 196 S. 7,50 M. (S. 92*.)

275. *Ranke*, Klinische und histopathologische Demonstration fötaler Zerebralerkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 393.

276. *Ranschburg, P.*, Zur physiologischen und pathologischen Psychologie der elementaren Rechenarten. Zeitschr. f. experiment. Pädagogik. Bd. 7. H. 3 u. 4.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

277. *Ranschburg*, *P.*, Über Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen. Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 3. H. 2. S. 97.

278. *Redlich*, *E.*, Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Neurologia. H. 7 u. 8. (Japan. Zentralbl. f. Neur., Psych., Psychol. u. verw. Wissensch., herausg. von Kure u. Miura. Verl. von Tohodo-Tanaka in Tokio.)

279. *Redlich*, *E.*, Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Med. Klin. 1908. Nr. 7. S. 217.

280. *Rehm*, *O.* Ergebnisse der zytologischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit und deren Aussichten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1636.

281. *Reibmayr*, *A.*, Die Entwicklungsgeschichte des Talentes und Genies. I. Bd.: Die Züchtung des individuellen Talentes und Genies in Familien und Kasten. 517 S. II. Bd.: Zusätze, historische, genealogische und statistische Belege. 448 S. München, Lehmann. 18 M. (S. 95*.)

282. *Reichardt*, *M.*, Über die Hirnmaterie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 526.

283. *Reichardt*, *M.*, Über die Hirnmaterie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 24. H. 4.

284. *Reichardt*, Die Methode der Kopfmessung am lebenden Menschen nach Prof. Rieger. Zeitschr f. d. Behandl. Schwachsinniger. Nr. 7 u. 8.

285. *Reichardt*, *M.*, Über die Beziehungen zwischen Läsionen des Halsmarkes und reflektorischer Pupillenstarre. Arbeiten aus der psychiatr. Klinik zu Würzburg. Herausg. v. M. Reichardt. Heft 2. S. 27. Jena, G. Fischer.

286. *Retslag*, Hygienisches Leben. Blankenburg. Selbstverlag des Verf. 78 S. 2 M.

287. *Ribot*, *Th.*, Die Psychologie der Aufmerksamkeit. Deutsch von Dietze. 154 S. Leipzig, Ed. Maerter. 2,50 M. (S. 95*.)

288. *Ricksher*, *Ch.*, and *Jung*, *C. G.*, Further investigations on the galvanic phenomenon and respiration in normal and insane individuals. Journ. of abnormal psychology. Decemb. 1907 Jan. 1908. P. 189.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

289. *Ried, A.*, Irresein und Zwangsvorstellungen. Inaug.-Dissert. Jena.

290. *Rieger, C.*, Widerstände und Bremsungen in dem Hirn. Arbeiten aus der psych. Klin. zu Würzburg. 1908. H. 2. S. 1. Herausg. von M. Reichardt. Jena, Fischer.

291. *Riklin, Fr.*, Wunscherfüllung und Symbolik im Märchen. Schrift. z. angew. Seelenk., herausg. von S. Freud. H. 2. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 96 S. 3 M. (S. 96*.)

292. *Risch*, Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 171.

293. *Risch, B.*, Die Gehirnsperrung — eine Schutzmaßregel des Zentralnervensystems. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 31. Jahrg. Neue Folge. Bd. 19. S. 561.

294. *Ritti, Ant.*, Les aliénés en liberté. Ann. médico-psychol. No. 1. p. 5.

295. *Römer, Hans*, Das Aussageexperiment als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., herausg. von R. Sommer. Bd. 3. H. 4. S. 340.

296. *Roque* et *Chalier*, De la valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les méningitis. Société médicale des hôspitaux de Lyon. 19. Mai 1908.

297. *Rose, C.*, Erdsalzarmut und Entartung. Berlin, J. Springer, 156 S.

298. *Rossolimo, G. J.*, Der Zehenreflex (ein speziell pathologischer Sehnenreflex). Neur. Zentralbl. Nr. 10. S. 452. (S. 99*.)

299. *Roxo, H.*, Attençao nos alienados. Arch. Brasileiros de Psych. IV. Nr. 1 u. 2. P. 67.

300. *Sadger, J.*, Psychiatrisch-Neurologisches in psychoanalytischer Beleuchtung. Zentralbl. f. d. Gesamtgeb. der Med. u. ihrer Hilfswiss. Nr. 7 u. 8.

301. *Sadger, J.*, Fragment der Psychoanalyse eines Homosexuellen. Jahrb. f. sex. Zwischenst. 9. S. 339.

302. *Sadger, J.*, Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie. Wiesbaden, Bergmann. 64 S. 1,60 M. (S. 90*.)

303. *Saemann, F. A.*, Der Wegweiser zur Gesundheit. Eine praktische Anleitung zur Heilung körperlicher und seelischer Leiden, besonders Nervenschwache. Erfurt, Saemanns psycholog. Verl. 31 S. 1,50 M. (S. 102*.)


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

304. *Salazar*, *Gomez*, Las dipsofugas de los degenerados. Revista frenopatica Espanola. VI. No. 64.

305. *Schlöß*, *H.*, Propädeutik der Psychiatrie, für Theologen und Pädagogen. Wien. Geb. 2,50 M.

306. *Schlub*, *H. O.*, Un cas d'ivresse du sommeil. Revue médicale de la Suisse rom. de 20. Jan. 1908.

307. *Schmidt*, *Rich.*, Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien. Berlin, H. Barsdorf. 229 S. 8 M. (S. 90*.)

308. *Schneider*, *K. Cam.*, Gedanken von Möbius. Wien. klin. Rundsch. Nr. 39. S. 615. — Nr. 40. S. 631.

309. *Schultz*, *J. H.*, Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes und der weißen und der roten Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Inaug.-Dissert. Göttingen.

310. *Schultze*, *E.*, Krankenhaus-Büchereien. Die Heilanstalt. Jahrgang 3. Nr. 20. S. 241.

311. *Schumkow*, *H. J.*, Versuch objektiver Erforschung des Geisteslebens des Kindes mittels Photographie und Registrierung der Atmung. Wjestnik (Bote) psychologii, kriminol., antropologii i hypnotisma. Bd. 1. H. 1—3. (Russisch.)

312. *Schuyten*, *M. C.*, L'éducation de la femme. Paris, O. Doin. 480 S. 4 fr.

313. *Seiffer*, Gedächtnis-Untersuchungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 401.

314. *Shaw*, *C. J.*, Observations on the Opsonic Index to various organisms in control and insane cases. The journ. of mental science. Vol. LIV. No. 224. P. 57.

315. *Shaw*, *C. J.*, Clinical results following the injection of tuberculin. Journ. of mental sience. No. 225. P. 344. (S. 102*.)

316. *Sherard*, *B. H.*, Das Leben Oskar Wildes. Deutsch von Max Roden. 2 Bde. Wien, Wiener Verlag.

317. *Sichel*, *Max*, Über die Geistesstörungen bei den Juden. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 8. S. 351.

318. *Siegert*, *P.*, Nervosität und Ernährung im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38. S. 1963.

319. *Somers*, *E. M.*, Report of a case showing constitutional defects. The alienist and neurologist. Vol. 29. Nr. 1. S. 35.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

320. *Spielmeyer*, Über die nervösen Veränderungen bei der Dourine (Mal de coït) der Tiere. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3, S. 386.

321. *Starck, Fritz*, Die Kunst, gut zu schlafen und früh aufzustehen. München, Kupferschmid. 115 Seiten. 3 M. (S. 101*.)

322. *Stegmann, A.*, Zur Ätiologie des Asthmas dei Kindern. Med. Klin. 1908. Nr. 29. S. 1113—1116.

323. *Steinberg, Hugo*, Über einen kontralateralen Plantarreflex. Berl. Med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2183.

324. *Stern, R.*, Die präaktive Spannung. Wien. klin. Rundsch. 1908. Nr. 26. S. 410.

325. *Sternberg, Wilh.*, Die Küche im Krankenhaus. Stuttgart, Enke. 237 S. 7 M.

326. *Stertz*, Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 4. S. 565.

327. *Stieda*, Beziehungen der praktischen Ärzte zur Psychiatrie. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 39.

328. *Stoll, Otto*, Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie. Leipzig, Veit & Co. 1020 S. 30 M. (S. 90*.)

329. *Stützer, W.*, Rationelle Körper- und Seelendiätetik als Mittel zur Erreichung von Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und Verlängerung der Lebensdauer. Straßburg. 1908. J. Singer. 96 S. 2 M. (S. 94*.)

330. *Surbled, G.*, L'âme et le cerveau. Paris. 5 Fr.

331. *Sutherland, J. F.*, Recidivism regarded from the environmental and psycho-pathological standpoints. Journ. of mental science. No. 225. P. 289.

332. *Szöllösy, L. v.*, Schlaflosigkeit und Hypnose. Wien. klin. Rdsch. 1908. Nr. 6.

333. *Teller, R.*, Zur Behandlung des Dekubitus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1022. (S. 102*.)

334. *Theilhaber, A.*, Die Anwendung der Aderlässe und der örtlichen Blutentziehungen bei Neurosen und bei gynäkologischen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9. S. 439.

335. *Thoms, H.*, Über die modernen Schlafmittel im Hinblick auf die Beziehungen zwischen ihrem chemischen Aufbau und ihrer Wirkung. Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 14. S. 577.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

336. *Tolone*, *Giuseppe*, Emigrazione e pazzia. Manicomio, Jahrg. 24. Nr. 1. S. 29.
337. *Tredgold*, *A. F.*, Mental deficiency. London, Baillère. 410 S. 10 s. 6 d.
338. *Treupel*, *Gustav*, Über den Einfluß der Übung und Gewöhnung auf den Ablauf reflektorischer und automatischer Vorgänge. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. S. 1969.
339. *Trey-Signalès*, *L.*, Le décubitus latéral gauche comme moyen épilepto-frénateur héroique. Toul. 2 M.
340. *Trömner*, *E.*, Hypnotismus und Suggestion. Leipzig, Teubner. 118 S. 1 M. geb. 1,25 M. (S. 93*.)
341. *Tschisch*, *W. Th.*, Die Bedeutung des politischen Lebens in der Ätiologie der Geisteskrankheiten. Obosrenje (Revue) psychiatrii, nevrologii i experimentalnoj psychologii. Nr. 1 u. 3. Russisch. (S. 96*.)
342. *Upson*, *H. S.*, Insomnia and nerve strain, with skiagraphic illustr. New York and London, G. P. Putnam's sons. 142 S. 1,50 Doll.
343. *Uthoff*, *W.*, Über das Sehen und über Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. — Antrittsrede bei der Übernahme des Rektorats der Universität Breslau am 15. Oktober 1908. Jena, Fischer. 25 S. 0,60 M.
344. *Vallet*, *A.*, Notes sur l'emploi de l'isopral chez les aliénés. Revue de psychiatrie. Oct. P. 433. (S. 101*.)
345. *Vaschide*, *N.*, Les hallucinations télépathiques. (Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie v. Meunier. Vol. 1.) Paris, Bloud. 97 S.
346. *Vaschide*, *N.*, *et Meunier*, *R.*, La pathologie de l' attention. (Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie. Vol. 5.) Paris, Bloud. 115 S.
347. *Vates*, *Allan*, Bibel und Spiritismus. München, M. Kupferschmied. 96 S.
348. *Vaudet*, *Paul*. Technique précise de radiothérapie et de radioscopie. 2. Aufl. Paris, A. Leclerc. 227 S. 6 fr. (S. 102*.)
349. *Veraguth*, O., Das psycho-galvanische Reflex-Phänomen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. H. 3. S. 204.
350. *Verworn*, *Max*. Bemerkungen zum heutigen Stand der Neuronlehre. Med. Klin. IV. Jahrg. Nr. 4.

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

351. *Vieregge*, Versuche über die Merkfähigkeit für Zahlen an Gesunden und Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1. S. 130, H. 2. S. 207.

352. *Vieregge*, *Caes*,, Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen. Inaugural-Dissertation. Tübingen. 37 S.

353. *Violet*, *M.*, Le spiritisme dans ses rapports avec la folie. (Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie, herausgeg. v. Meunier. Vol. 2). Paris, Bloud. 121 S.

354. *Violin*, *J. A.*, Zur Kasuistik der Anomalien des Geschlechtstriebs. Wratschebnaja Gazeta (Ärzte-Zeitung). Nr. 14, (Russisch.)

355. *Vogt*, *H.*, Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 539.

356. *Vogt*, *H.*, Über den Aufbau der Hirnrinde. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 838.

357. *Voß*, Zur Ätiologie der Dämmerzustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 269. S. 678.

358. *Walker*, *J. M.*, Potassium Jodide in Mental Diseases. New York, Medical Journal 4. 1. 08.

359. *Walton*, *G. L.*, Why worry? 275 S. Philadelphia and London. J. B. Lippincott company.

360. *Walton*, *G. L.*, Certain common disorders frequently misinterpreted. Boston medical and surgical journal. Nr. 21. S. 791—794.

361. *Washburn*, *Marg. F.*, The animal mind. A text-book of comparative psychology. London. 7 sh.

362. *Weber*, Die Behandlung der psychischen Erregungszustände. Therap. Monatsh. Nr. 2.

363. *Wells*, *F. L.*, On the variability of individual judgments. Essays philosophical and psychological in honor of William James. New York. P. 511.

364. *Wells*, *F. L.*, Technical aspects of experimental psychopathology. The american journal of insanity. Vol. LXIV. Nr. 3. S. 477.

365. *Wendenburg*, *R.*, Posttraumatische transitorische Bewußtseinsstörungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 23. Ergänzungsheft. S. 223.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

366. *Wendt*, *W. W.*, Alte und neue Gehirnprobleme. München. O. Gmelin. 1909. 116 S. 2,60 M. (S. 92*.)

367. *White*, *W. M. A.*, Outlines of Psychiatry. New York, Jelliffe. 1907. 232 S. 2 Dollar. (S. 91*.)

368. *Wilmanns*, Gefängnispsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 3. S. 378.

369. *Wilson*, *G. R.*, Our brain, body and nerves. London, Sisley 150 S. 1 s.

370. *Winternitz*, Über Veronalnatrium und die Erregbarkeit des Atemzentrums sowie den Sauerstoffverbrauch im natürlichen und künstlichen Schlaf. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50(S. 101*.)

371. *Wirth*, *W.*, Die experimentelle Analyse der Bewußtseinsphänomene. Braunschweig, F. Vieweg & Sohn. 449 S. 11 M. (S. 94*.)

372. *Witte*, Über die Ergebnisse bei Schädelkapazitätsbestimmungen nach Reichardt. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 5. S. 847.

373. *Woltär*, *O.*, Über das sogenannte neurasthenische Vorstadium der Psychosen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4. (S. 97*.)

374. *Woltär*, *O.*, Zur Pathologie der Überspanntheit. Prager med. Wochenschr. Nr. 9. S. 110.

375. *Wolters*, Über Veronal und Veronalexantheme. Med. Klin. Nr. 6. S. 182.

376. *Wulffen*, *E.*, Gerhart Hauptmann vor dem Forum der Kriminalpsychologie und Psychiatrie. Breslau, A. Langewort. 3 M.

377. *Wunderlich*, *H.*, Das Verhalten des Rückenmarkes bei reflektorischer Pupillenstarre. Inaugural-Dissertation. Würzburg.

378. *Yoshimura*, *K.*, Über das Babinskische Phänomen. Mitteilungen der medizin. Fakultät der Kaiserl. Japan. Universität zu Tokio. Bd. 8. H. 2. S. 213. (S. 99*.)

379. *Yoshimura*, *Kisaku*, Über den Mendelschen Fußrückenreflex. Wiener klin. Rundschau. Nr. 20, 21.

380. *Zanietowski*, *J.*, Kompendium der modernen Elektromedizin. Mit 84 Abbildungen im Text. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 1909. 272 S. 7 M.

381. *Ziehen*, *Th.*, Zur Lehre von der Aufmerksamkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neur. Bd. 24. H. 2. S. 173.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

382. *Ziehen, Th.*, Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. 61 S. Berlin, S. Karger. (S. 96*.)

383. *Ziehen, Th.*, Chemische Schlafmittel bei Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 14. S. 580. (S. 100*.)

384. *Ziehen, Th.*, Das Gedächtnis. Berlin, A. Hirschwald.

385. *Ziehen, Th.*, Psychiatrie. 3. Aufl. 802 S. 16 Abbildungen in Holzschnitt, 9 Tafeln in Lichtdruck. 16 M. Leipzig, S. Hirzel. (S. 90*.)

386. *Ziermer, M.*, Genealogische Studien über die Vererbung geistiger Eigenschaften. Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1908. H. 2. S. 178. u. 327. (S. 96*.)

387. *Zingher, C.*, Eubornyl bei Erkrankungen des Nervensystems. Wien. klin. Rundsch. 39. S. 622.

388. *Zuelzer, G.*, Die diätetisch-physikalische Therapie in der täglichen Praxis. Kurzes Handbuch für Studierende und Ärzte. Mit 49 Abb. Berlin W. 30, Otto Salle. Geb. 9 M.

389. *Zweig, A.*, Traumatische Erkrankung oder Muskeldefekt. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 18.

I. Geschichtliches.

Dumstrey (73) stellt über Napoleon I. Betrachtungen vom medizinischen Standpunkt an. Die Frage, ob die sonderbaren Schlafzustände, an denen er, z. B. während der Schlacht bei Wagram, litt, und seine heftigenZornausbrüche auf Epilepsie beruhten, bleibt unentschieden. Als Todesursache wird nicht Magenkrebs, sondern ein chronisches Leberleiden angenommen.

Nach *Ebstein* (77) litt Martin Luther an harnsaurer Diathese, chronischer Darmträgheit und beiderseitigem, chronischem Mittelohrkatarrh. Teilerscheinungen und Folgen dieser Krankheiten waren die nervösen Symptome, an denen Luther litt. Er starb 62 Jahre alt an einem Herzleiden, das mit seiner Gicht in Zusammenhang stand.

Klinke (162) bespricht Ernst Theodor Amadeus Hoffmanns Leben und Werke vom Standpunkte des Irrenarztes. Hoffmanns literarische Werke sind eine wahre Fundgrube interessanter Krankheitsschilderungen. Er verkehrte viel in Klöstern, mit Künstlern und Ärzten, besonders Nerven- und Irrenärzten, und war mit der Literatur über alle Arten von Aberglauben sehr vertraut. Hoffmann war oft krank, litt unter den sonderbarsten Befürchtungen, hatte Angst, wahnsinnig zu werden, glaubte oft seinen Doppelgänger und andere Gestalten in spukhafter Vermummung vor sich zu sehen. Gegen Ende seines Lebens wurde er gelähmt, zunächst an den unteren, dann auch den oberen Extremitäten. *Klinke* neigt zu der Ansicht daß


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine vom Knochen ausgehende Geschwulst das Rückenmark gedrückt und die Lähmung herbeigeführt habe.

Sadger (302) bringt eine pathographisch-psychologische Studie über Konrad Ferdinand Meyer, der schon durch seine späte Entwicklung auffallend ist. Er war fast 40 Jahre alt, als er literarisch hervortrat. *Sadger* sucht diese auffallende Erscheinung aus erotischen Motiven zu erklären; er nimmt an, Meyer habe an einer unbefriedigten sexuellen Liebe zu seiner Mutter gelitten. Von den wirklichen Psychosen, die später bei Meyer auftraten, wird die eine als Hysterie, die andere als senile Melancholie mit schließlicher Defektheilung gedeutet.

Stoll (328) behandelt in 26 Vorlesungen sehr ausführlich das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie. Die altgriechische und römische Literatur, die in ihrer pedantischen Umständlichkeit sonderbar anmutenden indischen Schriftsteller und die spanische Literatur über das neu entdeckte Amerika finden ausgedehnte Berücksichtigung.

R. Schmidt (307) berichtet über die Fakire im alten und im modernen Indien, über Yogalehre und Yogapraxis. Er selbst sagt über diese sonderbaren Dinge in der Vorrede: „Nur die Überzeugung, hier ein besonderes Kapitel menschlicher Narrheit vor mir zu haben, ließ mich auf dies Gebiet mich begeben, um wenigstens die größten Tollkirschen zu pflücken."

Gudden (121) berichtet in einem Vortrage, der in dem kaufmännischen Vereine zu München gehalten wurde, über Kinderkreuzzüge, Tanzepidemien, Flagellanten und ähnliche Beispiele von Massensuggestion und psychischen Massenepidemien.

Lehmann (177) gibt eine Übersicht über die Geschichte des Aberglaubens von der Dämonologie der Chaldäer bis auf die modernen Spiritisten.

Deichert (62) behandelt in seiner „Geschichte des Medizinalwesens im Gebiet des ehemaligen Königreichs Hannover" auch die Irrenfürsorge Seite 186 bis 18?. Er stützt sich dabei im wesentlichen auf *Mönkemöllers* Arbeit „Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover".

Mönkemöller (222) teilt die Erfahrungen und Beobachtungen mit, die er als Arzt der jetzt aufgehobenen Korrektions- und Landarmenanstalt Himmelsthür bei Hildesheim gesammelt hat. Wenn schon unter den Korrigendinnen die Zahl der Psychopathischen groß ist, so ist sie bei den Insassen der Landarmenanstalt so überwiegend, daß man zweckmäßigerweise die ganze Behandlung auf eine psychiatrische Grundlage stellen könnte.

II. Allgemeines.

Ziehen (385) hat die dritte Auflage seiner Psychiatrie herausgegeben. Die allgemeine Psychopathologie nimmt einen verhältnismäßig großen Raum ein. Überall werden die Lehren der physiologischen Psychologie auf die klinische Psychiatrie angewendet. In der speziellen Psychopathologie ist folgende Einteilung der Psychosen durchgeführt: Den Psychosen ohne Intelligenzdefekt sind die Defektpsychosen gegenübergestellt. Die Psychosen ohne Intelligenzdefekt werden zu-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nächst in einfache und zusammengesetzte Psychosen getrennt. Die einfachen Psychosen zerfallen in zwei Gruppen: die affektiven und die intellektuellen Psychosen. Zu den affektiven Psychosen gehören drei Krankheiten: Manie, Melancholie und Affektschwankungen, einschließlich der „Eknoia", der pathologischen Ergriffenheit. Zu den intellektuellen Psychosen werden sechs Formen gerechnet: Stupidität, Paranoia, Dämmerzustände, Begleitdelirien oder symptomatische Delirien, Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen und schließlich psychopathische Konstitutionen. Als zusammengesetzte Psychosen werden die periodischen Störungen und das zirkuläre Irresein bezeichnet. Die Defektpsychosen werden in angeborene und erworbene eingeteilt. Zu den angeborenen gehören Idiotie, Imbezillität und Debilität. Als erworbene Defektpsychosen werden aufgeführt: Psychosen infolge akut-infektiöser Zerstörung der Hirnrinde, Dementia paralytica, Dementia senilis, Dementia secundaria nach Herderkrankungen, Dementia arteriosclerotica, Dementia traumatica, Dementia hebephrenica (praecox), Dementia epileptica und Dementia alcoholistica. Die neue Auflage wird zweifellos dieselbe Beliebtheit erlangen, deren sich ihre Vorgängerinnen erfreut haben.

Raecke (271) gibt in seinem „Grundriß der psychiatrischen Diagnostik" einen kurzen, sehr praktischen Leitfaden zur Untersuchung Geisteskranker. Der spezielle Teil schließt sich eng an das Lehrbuch von *Binswanger* und *Siemerling* an.

Becker (19) läßt seine „Einführung in die Psychiatrie" in vierter Auflage erscheinen. Ihr Zweck ist in erster Linie, dem Studenten ein Vorbereitungsmittel zum erfolgreichen Besuche der psychiatrischen Klinik zu sein. Am ausführlichsten wird die Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten behandelt. Die Einteilung lehnt sich an die Bezeichnungen der staatlichen Zählkarten an. Die große Gruppe der „einfachen Seelenstörungen" wird zerlegt in: Manie, Melancholie, Paranoia, halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia), periodisches Irresein, zirkuläres Irresein, Dementia praecox, sekundäre Demenz und Altersblödsinn.

Whites (367) Grundriß der Psychiatrie ist hauptsächlich für Studenten bestimmt. Die Einteilung der Geistesstörungen schließt sich an die von *Kräpelin* an.

Clark und *Diefendorf* (45) geben eine reich ausgestattete Anleitung zur neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, hauptsächlich für Anfänger berechnet.

Dost (69) gibt in seinem „Abriß" einen kurz zusammengedrängten Leitfaden, besonders für angehende Psychiater. Die forensische Seite der Psychiatrie ist besonders berücksichtigt.

Lomer (191) bietet in seinem „kurzgefaßten praktischen Ratgeber für Irrenärzte und solche, die es werden wollen" in knappester Form dem psychiatrischen Neuling das Allernotwendigste, wobei auch manche Dinge erörtert werden, die sonst nur durch die persönliche Anleitung gelehrt werden, wie z. B. Regeln für den dienstlichen Schriftverkehr.

Bumke (40) zeigt, daß die Irrenärzte zu allen Zeiten mit Recht über ein besonders hohes Maß von Mißverständnissen geklagt haben, denen sie in Laienkreisen begegnen und die ihnen ihre Tätigkeit erschweren. Die Schuld daran liegt zum großen Teil an den ungenügenden psychiatrischen Kenntnissen der praktischen Ärzte.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach der Neuregelung des medizinischen Studienganges ist zu hoffen, daß in diesem Zustande allmählich eine Besserung eintreten wird. Bis dies geschieht, ist es nützlich, durch eine Darstellung derjenigen Irrtümmer, die erfahrungsgemäß besonders häufig von Ärzten und Laien dann begangen werden, wenn psychiatrische Fragen an sie herantreten, Aufklärung zu verbreiten. Was *Bumke* in dem vorliegenden Hefte von irrtümlichen Auffassungen bei Ärzten berichtet, ist von ihm selbst erlebt worden.

Wendt (366) bringt neben anderen Untersuchungen eine Statistik über das Gehirngewicht von 1078 Fällen, die in dem Münchener Pathologisch-Anatomischen Institute in den Jahren 1904 bis 1907 zur Sektion kamen. In den Tabellen ist stets das Lebensalter, die Körperlänge, das Körpergewicht und das Gehirngewicht angegeben. Eine besondere Tabelle enthält das Gehirngewicht der Männer im Alter von mindestens 20 Jahren, mit Angabe des Berufes, nach der Höhe der Gehirngewichte geordnet. Es werden zunächst die bekannten Tatsachen bestätigt, daß das Gehirn der Männer im allgemeinen schwerer ist als das der Frauen, und daß das Gehirn im höheren Lebensalter leichter ist als in den mittleren Jahren. Der Vergleich von Gehirngewicht und Körperlänge ergibt, daß auf je 1 cm Körperlänge kommen:

bei	Männern	von	20	bis	25	Jahren	8,18	Gramm,
,,	Frauen	,,	,,	,,	,,	,,	8,15	,,
,,	Männern	,,	25	,,	40	,,	8,26	,,
,,	Frauen	,,	,,	,,	,,	,,	7,95	,,

Die Tabelle mit Berücksichtigung des Standes ergibt sehr deutlich, daß die Männer mit Universitätsbildung ein höheres Gehirngewicht haben als die Tagelöhner.

Hermann (130) liefert einen Atlas für die topographische Anatomie von Schädel und Gehirn, der einwandsfreie Darstellungen über die Lagebeziehungen des Gehirnreliefs zu dem Äußeren der bedeckenden Schädelkapsel, sowie die räumlichen Beziehungen der wichtigsten Gehirnteile unter sich gibt. Die verwendeten Köpfe wurden mit Formalin konserviert. Sodann wurden photographische Aufnahmen zuerst von dem knöchernen Schädelgewölbe genommen, hierauf der Knochen entfernt, die tieferen Teile schichtweise bloßgelegt und nacheinander photographisch aufgenommen. Die Konturlinien des einen Bildes wurden auf das zweite eingetragen. In dieser Weise sind Projektionen von oben, von vorn, von hinten und von der Seite dargestellt, ferner Projektionen der Gehirnventrikel auf das Schädelgewölbe und das Verhältnis des *Krönlein*schen Liniensystems zu dem Schädelgewölbe, dem Großhirnrelief und dem Medianschnitte des Gehirns.

Ramón y Cajal (274) veröffentlicht zwei Studien über Nervenregeneration. Die eine, ,,über den Mechanismus der Nervenregeneration", bestätigt die Kontinuitätslehre und widerspricht dem Polygenismus, insbesondere durch den Nachweis, daß bei allen Experimenten mit Dislokation, Resektion und Einnähung der Enden des unterbrochenen Nervs in Haut und Muskel ein vielfacher Nervenzug existiert, der aus dem zentralen Ende stammt, quer durch alle Hindernisse dringt und oft in das Innere des peripheren Segmentes eintritt, und daß die *Schwann*schen Zellbänder oder Protoplasmastränge, welche im peripheren Ende nach der Durch-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schneidung erscheinen, nicht durch autogene Differenzierung neue Fasern erzeugen, sondern sich darauf beschränken, die aus der Narbe gekommenen anzuziehen und zu beherbergen. Die andere Abhandlung betrifft „die frühzeitigen Metamorphosen der Neurofibrillen bei der Regeneration und Degeneration der Nerven".

v. Bechterew (15) will die Funktionen der Nervenzentra in der Weise erörtern, daß er zunächst die Reflex- und Leitungstätigkeit von Rückenmark und verlängertem Mark behandelt, sodann die Reflex- und Leitungsfunktionen des Kleinhirns, dann die des Mittelhirns und Zwischenhirns, weiterhin die Funktionen der subkortikalen Ganglien, der Vorderhirnhemisphären und endlich der Rinde des Vorderhirns.. Das erste Heft ist erschienen und enthält Einleitung, Untersuchungsmethoden, Rückenmark und verlängertes Mark.

Czerny (59) veröffentlicht sechs Vorlesungen über diejenigen Erziehungsfragen, welche die Beachtung und das Eingreifen des Arztes erfordern. Über die erste Ernährung der Kinder sagt er „Eine Mutter, die ihr Kind nicht selbst nährt, schafft bereits im ersten Lebensjahre zwischen sich und dem Kinde eine Kluft, welche später nie mehr vollständig auszugleichen ist". Von nervösen Kindern müssen noch mehr als von normalen im ersten Lebensjahre alle unnötigen Reize ferngehalten werden. Das erste Ziel der Erziehung ist sodann die Entwicklung der Selbstbeherrschung. Fehler in diesem Punkte führen die Kinder bald auf den Standpunkt, alles ertrotzen zu wollen, und zu Wutausbrüchen, die sich bis zu Krämpfen steigern können. Es ist wichtig, geistig abnorme Kinder frühzeitig zu erkennen und sie nicht dem für normale Kinder berechneten Schulunterrichte auszusetzen. Sie müssen in besonderen Schulen unterrichtet werden. „Die Befreiung vom Schulunterrichte ist für die Kinder durch den Mangel an Ablenkung und zweckmäßiger Beschäftigung der sicherste Weg zur Psycho- und Neuropathie." Daß die Kinder jetzt häufiger als früher an nervösen Störungen leiden, liegt zum Teil daran, daß der Haus- oder Familienarzt im alten Sinne des Wortes immer seltener wird. Grade dieser war aber früher in der Lage, durch genaue Kenntnis der Familienverhältnisse Fehlern in der Erziehung und dadurch der Entstehung von psychischen und nervösen Störungen vorzubeugen.

Budde (39) bekämpft die Ansicht, daß die in neuerer Zeit sich häufenden Fälle von Schülerselbstmorden allein der Schule zuzuschreiben seien. Er ist der Meinung, daß erbliche Belastung, häusliche Erziehung und Lebensweise dafür viel häufiger verantwortlich zu machen sind.

Gaupp (104) hat im Jahre 1904 bei dem Ferienkurs deutscher Lehrer und Lehrerinnen acht Vorlesungen über ausgewählte Kapitel aus der Psychologie des Kindes gehalten. Daraus ist das vorliegende Buch entstanden, das besonders für Lehrer von großem Nutzen sein wird. Es zerfällt in drei Teile: Die Psychologie des kleinen Kindes, des Schulkindes und des seelisch abnormen Kindes.

Trömner (340) liefert als 199. Bändchen der Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen „Aus Natur und Geisteswelt" eine anziehend geschriebene, gemeinverständliche Abhandlung über Hypnotismus und Suggestion.

Cloustons (47) gemeinverständlich geschriebene „Gesundheitspflege des Geistes" ist in das Deutsche übersetzt und von *Forel* mit einem Vorworte und An-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

merkungen versehen, sowie um ein Kapitel, „Der Alkohol und andere narkotische Genußmittel in ihrem Verhältnis zur Hygiene des Geistes", vermehrt worden.

Stützer (329) gibt für Laien Ratschläge für eine rationelle Körper- und Seelendiätetik. Viele, z. B. S. 87 „Man hüte sich deshalb vor Gemütsverstimmungen", sind allerdings leichter gegeben als befolgt.

Camille Flammarion (88 und 89) erörtert und verteidigt in den beiden Büchern „Unbekannte Naturkräfte" und „Rätsel des Seelenlebens" die Lehren des Spiritismus.

Nach *v. Bechterew* (17) sind Psyche und Leben Derivate der Energie, nicht der Substanz. Alle materiellen Lebensäußerungen und alle subjektiven Erscheinungen während der psychischen Tätigkeit sind auf Energie zurückzuführen. Alle komplizierten bewußten psychischen Prozesse führen zur Ermüdung, während die unbewußten Tätigkeiten weitaus weniger ermüdend wirken. Die Psyche mit ihrem Bewußtsein ist Resultat einer von Verbrauch bzw. Erschöpfung begleiteten Anhäufung und Spannung von Energie. Dementsprechend kommen für die Frage nach der Natur des Psychischen mechanistisch-materialistische, sowie alle spiritualistischen Gesichtspunkte nicht in Betracht, und zugleich gelangt die Frage nach dem Wesen des Psychischen in unmittelbaren Zusammenhang mit der Frage nach der Natur der Energie und den Bedingungen ihrer überwiegenden Anhäufung und Spannung in den lebenden Organismen. Die Energie unterhält unter fortwährender biomolekularer Bewegung Stoffwechsel, Wachstum und Vermehrung in dem System des Organismus und bedingt seine Reizbarkeit, die dem Bewegungsvermögen zugrunde liegt. Die Energie ist also gleichzeitig Grundlage des Lebens und der Psyche. Gebundene Energie ist nichts anderes als Substanz. So werden die Begriffe: Stoff, Energie und Psychisches einer einheitlichen Auffassung zugänglich. Die Energie erscheint gewissermaßen als Zwischenglied zwischen der aus Stoff bestehenden materiellen Welt und der immateriellen, psychischen Welt, deren Äußerungen wir in den Zentralorganen des Nervensystemes entdecken. Es können also die äußere materielle und die innere subjektive Welt auf reine Energie zurückgeführt werden und die ganze Welt ist Äußerung einer einheitlichen Weltenergie, die das Psychische umfaßt.

Kronthal (168) erklärt Seele und Reflex für identisch. Psyche nennen wir die Summe der Reflexe. Das Nervensystem ist eine reizleitende Verbindungskonstruktion. Je mehr Nervensystem, desto größer die Summe der Reflexe und desto mehr Psyche. Auf Grund dieser Definition der Seele als Summe der Reflexe wird das ganze Seelenleben zu erklären versucht.

Metschnikoffs (217) Beiträge zu einer optimistischen Weltauffassung bilden eine Fortsetzung seiner vor einigen Jahren erschienenen „Studien über die Natur des Menschen" und eine Verteidigung gegen die Angriffe, die diese Schrift erfahren hat. Sie enthalten besonders Untersuchungen über die Alterserscheinungen und die Langlebigkeit bei Menschen und Tieren, über tierische Gemeinschaften, über optimistische und pessimistische Weltanschauung und über Goethe.

Nach *Wirth* (371) liegen die allgemeinsten Gesetzmäßigkeiten des Bewußtseins in den Verhältnissen der Lebhaftigkeit und Wirkungsfähigkeit, zu der sich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die jeweils aktuellen Inhalte des Vorstellens, Fühlens und Wollens gleichzeitig zu entfalten vermögen. Ihre auffälligsten Züge sind als sogenannte „Enge des Bewußtseins", als Einfluß der Konzentration oder Verteilung der Aufmerksamkeit auf die Auffassung längst bekannt. Soweit jedoch die Bewußtseinsinhalte experimentell zu beherrschen sind oder eindeutige physiologische Symptome besitzen, sind auch jene allgemeinsten Phänomene exakter zu bestimmen. Eine möglichst umfassende Analyse der gleichzeitigen Auffassungs- und Gedächtnisleistungen, der Gefühlsregungen und der Präzision der Willenshandlungen wird geradezu eine rein psychologische Analogie zu der energetischen Betrachtungsweise der Physik und Physiologie begründen, insofern hierbei relativ konstante bzw. gesetzmäßig variable Mittelwerte der Leistung solcher Gesamtbestände von verschiedener Ausfüllung hervortreten. Die aus der klassischen Psychophysik interessanten Schwellen und Fehler werden unter jenem einheitlichen psychologischen Gesichtspunkte betrachtet, dem sich auch die Reaktionsversuche, einschließlich der astronomischen Registriermethode, unterordnen.

Ribots „Psychologie der Aufmerksamkeit" (287), deren neunte französische Auflage bereits erschienen ist, wird dem deutschen Leserkreise durch eine Übersetzung leichter zugänglich gemacht.

Näcke (233) hält die Furcht vor dem Drohenden für die Wurzel aller Religion. Diese Furcht bringt infolge des eingeborenen Bedürfnisses, nach den Gründen zu suchen, den Glauben an böse, dann an gute Geister hervor. Der Phallusdienst tritt viel später auf als eine Verherrlichung der wunderbar erscheinenden Zeugung. Auch andere sexuelle Momente treten in den Orgien gewisser Kulte auf. Die Religion geht also nicht von Sexualität aus, sondern erhält erst spät sexuelle Zutaten.

Möbius' (221) bekannte Schrift „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes" erscheint in neunter Auflage mit einem Nachrufe von *Feis* „Zur Erinnerung an Dr. *P. J. Möbius*". Genau die Hälfte des jetzt vorliegenden Bandes bildet der Anhang, bestehend aus zustimmenden und besonders gegnerischen Besprechungen, darunter einigen, die in köstlicher Weise zeigen, daß *Möbius* doch nicht ganz unrecht hatte.

Reibmayr (281) erörtert die Züchtung des individuellen Talentes und Genies in Familien und Kasten, das Übergehen der Kultur von einem Volke auf ein anderes, sowie den Auf- und Niedergang der Kultur innerhalb eines Volkes. Er zeigt, wie die Vererbung der einzelnen Befähigungen vor sich geht, welche Bedeutung dem Charakter und Gefühl bei der Vererbung zukommt und daß die geniale Anlage als eine glückliche Vereinigung von Eigenschaften talentierter Vorfahren zu betrachten ist.

Nach *Mattauschek* (213) kommt bei dem bosnisch-herzegowinischen Volke Epilepsie und Hysterie auffallend häufig vor. Individuen, die mehrere Degenerationszeichen tragen, sind außerordentlich häufig. Unter den Psychosen zeigt sich ein Überwiegen des hereditär-degenerativen Elementes. Während die Lues häufig ist, sind die metaluetischen Nervenkrankheiten selten. Das bosnisch-herzegowinische Volk ist also in eine autochthone Degeneration verfallen, bevor es noch zur Zivilisation kam.

Dreyfus (71) ist auf Grund seiner Beobachtungen der Überzeugung, daß die nervöse Dyspepsie keine Magenkrankheit, sondern nur der Ausdruck einer psychi-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen Störung ist, daß sie demgemäß nicht durch Magenbehandlung, auch nicht durch diätetische, sondern nur durch psychische Behandlung gebessert werden kann.

Maeder (200) erklärt die Erscheinungen des täglichen Lebens wie Vergessen, Versprechen, Verwechseln, Schreibfehler und ähnliches im Sinne *Freuds* und glaubt hier denselben Mechanismus zu finden, der den Neurosen und Geistesstörungen zugrunde liegt.

Abraham (1) betrachtet die Mythologie, besonders die Prometheussage, vom Standpunkte der psychoanalytischen Forschung nach *Freud*.

Riklin (291) deutet Märchen der verschiedensten Länder und Zeiten nach der Methode von *Freud*. Besonders weist er darauf hin, eine wie große Rolle die Sexualität im Märchen spielt und wie sehr die sexuelle Symbolik übereinstimmt mit derjenigen des Traumes und der Psychopathologie.

Merzbach (216) erörtert ausführlich die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. 164 Beobachtungen, teils eigene, teils aus der Literatur, auch forensische Gutachten, vervollständigen das Werk, dem ein Literaturverzeichnis beigefügt ist.

III. Ätiologie.

Ziermer (386) veröffentlicht die Ergebnisse von genealogischen Studien über die Vererbung geistiger Eigenschaften, nachgewiesen an einem Material von 1334 Haushaltungen in einem kleinen Dorfe. Es haben sich hier so viele Familieneigentümlichkeiten durch wenigstens drei Jahrhunderte erhalten, daß sich die Familie als Ganzes nicht nur im groben, sondern recht weitgehend charakterisieren läßt. Auffallend ist der anscheinend geringe Einfluß der Frauen auf den Familiencharakter.

Näcke (230) hält die sexuelle Abstinenz für ganz bedeutungslos für die Ätiologie der Psychosen. Auch die Bedeutung der sexuellen Exzesse, besonders der Onanie, wird meist überschätzt. Daß durch die Enthaltsamkeit sexuelle Perversitäten entstehen könnten, ist ganz abzulehnen. Es ist deshalb nicht erlaubt, aus ärztlichen Gründen zum außerehelichen Geschlechtsverkehr zu raten.

Ossipow (246) versucht nachzuweisen, daß die Verwirklichung der zur Vorbeugung der Geisteskrankheiten erforderlichen Bedingungen unzertrennlich mit der Verwirklichung der Voraussetzungen einer freien normalen Entwicklung der ganzen Gesellschaft verknüpft ist. Die für die gesunde Bevölkerung notwendigen sozialen Reformen tun auch denjenigen not, die den Keim einer Geisteskrankheit in sich tragen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Tschish (341) hält sich im Gegensatz zu mehreren anderen russischen Autoren auf Grund seiner Beobachtungen für berechtigt, den Ereignissen der Revolutionszeit jeglichen Einfluß auf die Anzahl und den Verlauf der Geistes- und Nervenkrankheiten abzusprechen. Dabei läßt er selbstverständlich die erlittenen Verwundungen außer Betracht. (*Fleischmann*-Kiew.)

IV. Pathologie.

Ziehen (382) entwickelt nach dem auf dem internationalen Kongreß zu Amsterdam im Jahre 1907 gehaltenen Vortrage die psychologischen Gesichtspunkte, nach denen die Intelligenzprüfung in erschöpfender Weise vorgenommen werden kann.

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Nach *Woltär* (373) kann ein „neurasthenisches Vorstadium" bei allen Psychosen vorkommen. Für die Unterscheidung, ob es sich um Neurasthenie handelt oder um den Vorläufer einer Psychose, ist zu beachten, daß wirkliche Wahnideen, die scharf von Zwangsvorstellungen, z. B. geisteskrank zu sein, an Zungenkrebs zu leiden oder dergl., unterschieden werden müssen, bei Neurasthenie nicht vorkommen. Ebenso sprechen Sinnestäuschungen und Störungen der Intelligenz gegen die Annahme einer Neurasthenie.

Pöppel (262) schließt bei seiner Untersuchung der Schädel Geisteskranker Mikrocephalie, Hydrocephalie usw. aus und berücksichtigt nur die sogenannten einfachen Geistesstörungen einschließlich der Epilepsie und des endogenen, angeborenen Schwachsinns. Der Arbeit liegen keine eigenen Untersuchungen zugrunde, sondern sie besteht in einer Zusammenstellung aus der Literatur. Das Ergebnis ist vollständig negativ. Der Verfasser hält es für möglich, daß auch künftige Forschungen zu dem Ergebnis führen könnten, es seien keine Beziehungen nachweisbar zwischen der Schädelform und den geistigen Eigenschaften.

Cornet (51) hat ein Instrument von der Größe und Form eines Taschenbleistiftes zur Untersuchung der sensiblen Funktionen von dem Medizinischen Warenhause in Berlin herstellen lassen. Es enthält einen Pinsel, einen Dermatograph sowie zwei nebeneinanderstehende Nadeln, von denen die eine spitz, die andere stumpf ist. Preis 3 Mark.

Ossipow (245) bezeichnet als photographisches Lautlesen eine von ihm bei Katatonikern beobachtete Erscheinung, die darin besteht, daß der Pat. aus der ihm vorliegenden Schrift alle Wörter, Interpunktions-, Trennungs- und sonstige Zeichen mechanisch abliest, ohne sich um den Sinn zu kümmern. Den Satz: „Er verkehrte mit Professoren, Ärzten, Studenten u. s. w." würde ein solcher Pat. folgendermaßen gelesen haben: „Er verkehrte mit Professoren Komma Ärzten Komma Studenten u Punkt ess Punkt we Punkt". Für diese Reproduktion des Gelesenen in photographischer Treue unter Ignorierung der Symbole schlägt *Ossipow* die erwähnte Bezeichnung vor. (*Fleischmann*-Kiew.)

Gordon (111) berichtet über einen Alkoholisten, der 27 Jahre lang an Halluzinationen in einem Amputationsstumpfe litt, und ist der Ansicht, daß diese Sinnestäuschungen ihren Ursprung nur in dem Gehirn haben können, während die häufig vorkommenden, kürzere Zeit dauernden Halluzinationen in Amputationsstümpfen oft peripherischen Ursprunges sein mögen.

Bornstein (33) hat in dem Stoffwechsellaboratorium der Psychiatrischen Klinik zu Göttingen mehr als 500 Respirationsversuche bei Geisteskranken angestellt, und zwar „kurzdauernde Respirationsversuche nach der *Zuntz-Geppert*schen Methode". Die Exspirationsluft wurde durch eine Gasuhr geleitet und zum Teil analysiert. Aus der Zusammensetzung und dem Volumen der Luft läßt sich dann die Menge der entwickelten Kohlensäure und des verbrauchten Sauerstoffes berechnen. Aus diesen Zahlen berechnet sich einmal die während des Versuches verbrauchte Energiemenge in Kalorien, andererseits — unter Zuhilfenahme des Urinstickstoffes — das Verhältnis, in dem Eiweiß, Fett und Kohlehydrate an der Verbrennung teilnehmen. Da jede körperliche Tätigkeit und die Nahrungsaufnahme



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erheblichen Einfluß auf die Oxydationsvorgänge haben, muß man, um vergleichbare Werte zu erhalten, die Untersuchungen am Morgen vor irgendwelcher Nahrungsaufnahme und bei möglichst bequemer Körperlage ausführen. So erhält man den „Grundumsatz" oder „Erhaltungsumsatz", d. h. denjenigen Umsatz, bei dem der Körper ohne jede Arbeit gerade das Minimum der zu seiner Erhaltung nötigen Oxydation leistet. Dieser Grundumsatz ist eine bei gesunden Menschen sehr konstante Größe, welche den Maßstab für alle Versuche über Sauerstoffbedürfnis und Oxydationsenergie bildet. Die untersuchten Fälle von Jugendirresein zeigten mit wenigen Ausnahmen einen an der unteren Grenze gelegenen oder pathologisch erniedrigten Grundumsatz. Es ist wahrscheinlich, daß diese Verminderung des Grundumsatzes eine pathologische Verschärfung einer die normale Pubertät begleitenden Erscheinung ist. Die epileptische Konstitution hat keinen Einfluß auf den respiratorischen Stoffwechsel, dagegen verändern starke und serienweise auftretende epileptische Anfälle den Stoff- und Energieumsatz in einer Weise, wie es für mit Sauerstoffmangel einhergehende Zustände charakteristisch ist. Das paralytische Fieber kommt zustande bei normalem Grundumsatz allein durch Funktionsuntüchtigkeit der wärmeregulierenden Zentren.

Nach *Haenisch* (124) gibt es keine „Ruhr der Irren", sondern alle Formen der Dysenterie kommen auch in Irrenanstalten vor. Als Infektionsquelle kommt praktisch nur die Ansteckung von Person zu Person in Frage. Die Prophylaxe begegnet in Irrenanstalten besonderen Schwierigkeiten.

Nonnes (240) „Syphilis und Nervensystem" liegt in zweiter Auflage vor. In den 6 Jahren, welche seit dem Erscheinen der ersten Auflage verflossen sind, haben sich auf dem Gebiete der Syphilis-Forschung große Neuerungen vollzogen. Die Entdeckung der Spirochaeta pallida, der Beginn und Ausbau der Zytodiagnostik und der Eiweißuntersuchungen der Spinalflüssigkeit sowie die Übertragung der Komplementablenkungsmethode auf die Diagnose der Syphilis durch *Wassermann* und *A. Neisser* und die Verwertung dieser Methode für die Neurologie haben große Umwälzungen hervorgerufen. Diese neuen Gesichtspunkte haben eine erhebliche Erweiterung des Buches zur Folge gehabt. Mehrere hundert Krankengeschichten in gedrängter Darstellung ergänzen die allgemeinen Ausführungen.

Kausch (156) hat ein Instrument von dem Berliner Medizinischen Warenhaus herstellen lassen, das in einfacher Weise die lumbale Punktion, Injektion und Druckmessung ermöglicht, letztere ohne daß Liquor die Rückenmarkshüllen verläßt.

Cotton und *Ayer* (54) untersuchten die Zerebrospinalflüssigkeit von Geisteskranken nach der von *Alzheimer* angegebenen Methode. Sie fanden nur bei Fällen von progressiver Paralyse charakteristische zytologische Veränderungen.

Chotzen (43) betont, daß zur sicheren Verwertung der Lumbalpunktion in zweifelhaften Fällen eine einmalige Punktion nicht genügt. Auch ist sie nicht ein für sich allein entscheidendes Mittel, sondern die Lymphozytose und Eiweißvermehrung sind Symptome, die nur im Zusammenhalt mit dem gesamten übrigen Symptomenkomplex bewertet werden können. Nur das Zusammentreffen von Lymphozytose und Eiweißvermehrung ist für Paralyse charakteristisch, während


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inkongruenz beider für andere Psychosen bei Lues spricht, insbesondere für Arteriosklerose und Tabes.

Lechner (176) unterscheidet vier Arten von Schlaflosigkeit: 1. schlechtes Einschlafen mit Funktionsstörungen des Schlafapparates während des Einschlafens, 2. ungenügende Schläfrigkeit mit dissimilatorischen Stoffwechselstörungen bei der das Schlafbedürfnis bedingenden Ermüdung, 3. schlechtes Erwachen mit Funktionsstörungen des Schlafapparates beim Erwachen, 4. krankhafte Munterkeit mit assimilatorischen Stoffwechselstörungen im Verlaufe der Schlaferholung. Die Behandlung soll sich stets nach der Art der Schlafstörung richten.

Bregman (35) beobachtete eine 26 jährige Kranke, die an vollständiger Anästhesie der Haut litt. Auch Muskelsinn, Bewegungsempfindung und Ermüdungsgefühl waren nicht vorhanden. Die Patientin kannte weder Hunger- noch Sättigungsgefühl, weder Harn- noch Stuhlbedürfnis. Geruch und Geschmack waren aufgehoben, Hör- und Sehkraft erhalten. Das Schließen der Augen hatte keinen hemmenden Einfluß auf die motorische Tätigkeit, wie das sonst wohl beobachtet ist (*Strümpell* u. a.), auch gleichzeitiger Verschluß von Augen und Ohren hatte keinen Einfluß.

Bach (12) behandelt in seiner „Pupillenlehre" ausführlich die Anatomie der Pupillenbahnen und Pupillenzentren, die Physiologie der Pupillenbewegung, die Pathologie der Pupille und besonders eingehend die Methodik der Pupillenuntersuchung. Das Literaturverzeichnis enthält 1778 Nummern.

Hess (133) behandelt die ganze Physiologie und Pathologie des Pupillenspieles auf Grund von Untersuchungen, die er großenteils nach neuen Methoden und mit neu konstruierten Apparaten ausgeführt hat. Die Foveamitte hat eine größere motorische Erregbarkeit als die Netzhaut in einem Abstande schon von 0,4 mm von der Foveamitte. Die Abnahme der Erregbarkeit erfolgt nach der temporalen Seite hin rascher als nach der nasalen. *Hess* hält die Ansicht, daß der motorische Empfänger in der Netzhaut von dem optischen verschieden sei, für irrig.

v. Hoesslin (137) findet, daß die Patellarreflexe bei funktionellen Erkrankungen dauernd fehlen können infolge angeborener Anomalie, die auf luetischer Erkrankung der Eltern beruhen kann, infolge schwerer Erschöpfungszustände, z. B. nach Manie, und schließlich in seltenen Fällen bei Hysterie und Neurasthenie.

Conzen (49) fand den Achillessehnenreflex normalerweise nie fehlend. Er hält ihn daher für mindestens ebenso wichtig wie den Patellarreflex und empfiehlt, seine Prüfung nie zu unterlassen.

Rossolimo (298) bezeichnet als „tiefen Reflex der großen Zehe" eine Flexions- oder Abduktionsbewegung der Zehen, welche auftritt, wenn man die Zehen durch leichten, kurzen Schlag der Finger auf die Plantarfläche der Zehen dorsalwärts wegzieht. Dieser Reflex kommt nur bei Pyramidenaffektionen vor.

Yoshimura (378) liefert gründliche Untersuchungen über das *Babinski*sche Phänomen. Er kommt zu dem Ergebnisse, daß das Hauptsympton dieses Phänomens in einer trägen Dorsalflexion der großen Zehe durch tonische Kontraktion des Extensor hallucis longus besteht. Begleiterscheinungen sind Dorsalflexion des Fußes mit Adduktion und Supination, Beugung des Knie- und Hüftgelenkes. Zur


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erzeugung des Phänomens können mechanische, thermische und elektrische Reize mit gleichem Erfolge angewandt werden. Die reflexogene Zone für das *Babinski*sche Phänomen ist nicht auf die Fußsohle beschränkt, sondern erstreckt sich auf andere Partien der unteren Extremitäten. Innerhalb dieser Hautstellen ist zur Erzeugung des *Babinski*schen Phänomens der laterale Rand der Fußsohle und noch mehr der laterale Rand des Fußrückens am geeignetsten. Von der Steigerung der Sehnenreflexe und von der Hautsensibilität ist es nicht abhängig. Der positive Ausfall des *Babinski*schen Phänomens weist mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine organische oder funktionelle Störung der Pyramidenbahn hin. Identisch mit dem *Babinski*schen Phänomen sind der *Oppenheim*sche Unterschenkelreflex, der *Schäfer*sche antagonische Reflex und die von *Bechterew* beschriebene eigentümliche Reflexerscheinung bei Plantarflexion des Fußes und der Zehen.

Gordon (110) bringt populäre Mitteilungen über Hypnose und Suggestion. Er schließt mit dem Rate, daß „jeder, der an den Folgen jugendlicher Verirrungen leidet, jeder, der sich abgespannt, energielos und seelisch elend fühlt", den Fragebogen, welcher dem Buche beiliegt, ausfüllen und unter Beifügung von 6 Mark an die Verlagsbuchhandlung einsenden möge!

Näcke (231) hält die Homosexualität für nicht selten in Albanien, jedoch vorwiegend in der edleren Form. Die Religion hat keinen Einfluß auf das Vorkommen der Knabenliebe.

Näcke (234) stellt fest, daß wir von sexuellen Dingen bei unkultivierten Völkern noch wenig Sicheres wissen. Besonders über die Homosexualität, die natürlich von homosexuellen Betätigungen scharf unterschieden werden muß, ist nur wenig bekannt.

Näcke (232) hält die Homosexualität in romanischen Ländern für viel seltener als in germanischen. Die Ursache dafür liegt in der Rasse selbst. Die Romanen sind mehr Herdenmenschen, die Germanen mehr Individuelle.

Petrén (254) hat acht Kranke beobachtet, bei denen nach vieljähriger Dauer der Psychose noch Heilung eintrat. Aus der Literatur sind mit großem Fleiß ähnliche Fälle hervorgesucht. Aus der Zusammenstellung dieser Beobachtungen ergibt sich, daß nahezu die Hälfte dieser Kranken an manisch-depressivem Irresein litt. Dabei übertreffen die Frauen an Zahl bedeutend die Männer. Auch Fälle von Katatonie und akut auftretende paranoiaähnliche Psychosen finden sich unter diesen Spätheilungen.

V. Therapie.

Ziehen (383) hielt über die klinischen Erfahrungen mit chemischen Schlafmitteln bei Nervenkrankheiten am 17. Februar 1908 einen Vortrag im Verein für innere Medizin zu Berlin. Die Bekämpfung der Schlaflosigkeit durch medikamentöse Mittel bildet nur eine Ergänzung zu der in der Regel viel wichtigeren Behandlung ihrer grundliegenden Krankheit. In den Fällen der gesteigerten Affekterregbarkeit sind die verschiedenen Bromsalze die zweckmäßigsten Mittel. Bei schwereren Fällen von neurasthenischer Schlaflosigkeit verdienen Neuronal und Bromural, die ebenfalls Brom enthalten, Anwendung. Bei gesteigerter motorischer Erre-



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

barkeit werden Hyoszin und Duboisin angewendet, die sonst vorzugsweise bei Psychosen gebräuchlich sind. Amylenhydrat und Paraldehyd, die chemisch sehr verschieden sind, stehen sich in ihrer einschläfernden Wirkung nahe; sie bewirken ein rasches Einschlafen, sind also besonders in den Fällen empfehlenswert, in denen der Schlaf normal ist, wenn nur erst das Einschlafen gelungen ist. In der Wirkung ähnlich ist das Chloral, das jedoch wegen der unangenehmen Nebenwirkungen wenig mehr angewendet wird. Ein Derivat des Chlorals, das Chloramid, ist weniger gefährlich, so daß es zur Abwechslung mit anderen Schlafmitteln empfohlen werden kann. Diesem stehen Isopral und Chloreton nahe. Das Dormiol, das ebenfalls dem Chloral verwandt ist, vereinigt in sich die Wirkung des Amylenhydrates mit der des Chlorals, wie es seiner Zusammensetzung entspricht. Das Trional hat den Vorzug, einen verhältnismäßig langen Schlaf ziemlich sicher zu garantieren; sein Nachteil ist, daß der Schlaf oft erst nach mehreren Stunden eintritt. DasVeronal ist in der Wirkung dem Trional sehr ähnlich. Das Hedonal ist in der Wirkung nicht so zuverlässig wie Trional und Veronal, ist aber zur Abwechslung oft empfehlenswert. Das Proponal ist dem Veronal ähnlich und hat vor ihm den Vorzug der rascheren Wirkung, dagegen den großen Nachteil, daß es in größeren Gaben gefährlich ist. Stets notwendig ist es, mit den medikamentösen Schlafmitteln oft zu wechseln. Auch Kombinationen von mehreren Mitteln, z. B. Trional und Paraldehyd, sind zweckmäßig.

Neumann (236) berichtet über einen Fall von Veronalvergiftung. Eine 40 jährige Frau nahm 3,5 g Veronal, verfiel in einen 60 Std. anhaltenden Schlaf mit schlaffer Lähmung und Erlöschen aller Reflexe. Nach 17 Tagen war sie völlig geheilt.

Winternitz (370) hat Untersuchungen über das Veronalnatrium angestellt. Seine Wirkung ist dem des Veronal gleich, doch ist es in geringeren Mengen von Flüssigkeit löslich.

Vallet (344) hat Isopral in Dosen von 0,25 und 0,5 g angewendet, damit einen ruhigen Schlaf erzielt und keine unangenehmen Nebenwirkungen beobachtet.

v. Bollenstern (32) empfiehlt das Eglatol, „entgiftetes Chloralhydrat“, das von Horowitz in Berlin hergestellt wird, als gefahrloses Nervinum und Hypnotikum.

Starck (321) gibt gemeinverständliche Ratschläge zur Verhütung der Schlaflosigkeit und Erklärungen über Träume im Anschluß an die Lehren von *Freud*.

Krause (167) behandelt in dem vorliegenden ersten Bande seiner Chirurgie des Gehirns und Rückenmarkes im wesentlichen die allgemeineren Gebiete. Während die dem Bereiche der inneren Medizin und Neurologie angehörenden Erörterungen möglichst eingeschränkt werden, ist die chirurgische Technik aufs gründlichste behandelt. Zahlreiche Abbildungen nach der Natur, darunter viele farbige, erhöhen die Anschaulichkeit der reich ausgestatteten Arbeit.

Von *Bechterew* und *Pussep* (18) werden die operativen Eingriffe besprochen, die sowohl zum Zweck der Besserung der Psychose als auch zu anderen Zwecken an Geisteskranken vorgenommen werden. Andererseits werden auch die im Anschluß an Operationen entstehenden Psychosen behandelt. (*Fleischmann*-Kiew.)

Hilger (134) erörtert das Wesen und die Wirkungsweise der Hypnose und der Suggestion sowie besonders ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln.



Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die beruhigende Wirkung eines erquickenden Schlafes, wie er durch die Hypnose herbeigeführt werden kann, wird als Spezifikum zur Heilung von Nervenkrankheiten bezeichnet.

Saemann (303) empfiehlt Licht, Luft und Wasser als Heilmittel für alle Krankheiten.

Shaw (315) beobachtete bei akuten Psychosen nach Injunktion von Tuberkulin in zwei Fällen keine Wirkung auf den geistigen Zustand, dreimal Verschlechterung und in zwei Fällen von Melancholie eine Verbesserung der psychischen Symptome, die jedoch nach 3 oder 4 Tagen wieder verschwand. Auch bei einer subakuten Manie trat mehrtägige Besserung nach Tuberkulininjektion ein.

Vaudet (348) läßt seine von der Medizinischen Akademie preisgekrönte „Technik der Radiotherapie und Radioskopie" in zweiter Auflage erscheinen. Die Vorrede ist von *Gaucher*.

Ley (184) empfiehlt lebhaft die Bettbehandlung von nervösen und psychischen Krankheiten, besonders in Verbindung mit Freiluftbehandlung und täglicher Massage.

Martini (211) empfiehlt warm die Beschäftigung als Heilmittel der Geisteskranken, besonders zur Beförderung der Rekonvaleszenz.

Ladame (172) empfiehlt die Beschäftigung als Heilmittel selbst in vielen Fällen von akuter Geistesstörung. Ausgenommen sind nur sehr verwirrte und manische Kranke, sowie jugendliche Demente während der Zeit starker Erregung.

Teller (333) empfiehlt zur Behandlung des Dekubitus die Massage der Ränder der nekrotischen Wunde mit *Lassar*scher Paste, um dadurch eine stärkere Blutfüllung der Wundränder zu erreichen.

---

4. Spezielle Psychiatrie.

1. Idiotie und Imbezillität.

Ref.: Wilhelm Weygandt-Hamburg.

1. *Alt*, Über ländliche Beschäftigung der Schwachsinnigen in Anstalt und Familienpflege. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 390. (S. 109*.)
2. *Ansalone*, Dr. *G.*, Miopatica primitiva progressiva in imbecille epilettico, Archivio di Psichiatria „il Manicomio", XXIV Jahrg., Nr. 2. (S. 107*.)
3. *Bayerthal*, Dr., Schulärztliche Erfahrungen. Psych.-neurolog. Wochenschr., Bd. IX, S. 43/44. (S. 111*.)
4. *Boas*, *Kurt W. F.*, Wesen und Ursachen des kindlichen Alkoholgenusses. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 285. (S. 111*.)

5. *Boubila* et *Lachaux*, Débilité mentale congénitale avec idées hypocondriaques, interprétations délirantes et idées de persécution. Annales médico-psychologiques, 1908, Januar-Februar. (S. 110*.)
6. *Bufe*, Die mongoloide Form der Idiotie. Ärztl. Praxis 1908. (S. 108*.)
7. *Büttner*, Gartenarbeit in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger, XXIX. Jahrg., S. 42. (S. 110*.)
8. *Cron*, *L.*, Dr. phil., Innervationsstörungen in heilpädagogischer Beziehung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 161. (S. 109*.)
9. *Deroitte*, Dr., Chefarzt des Laboratoriums der Irrenkolonie Gheel, Les arrêts du développement du cerveau, Annales de la société scientifique de Bruxelles, Bd. XXXII, 2. Teil. (S. 107*.)
10. *Heller*, *Theodor*, Dr. phil., Über Dementia infantilis (Verblödungsprozeß im Kindesalter). Zeitschr. f. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns auf wissenschaftl. Grundlage, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, H. 1, S. 17. (S. 108*.)
11. *Henze*, Rektor, Die Organisation der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 115. (S. 109*.)
12. *Hess*, Dr., Pädagogische Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. XX (1909), H. 1. (S. 111*.)
13. *Imhofer*, Über musikalisches Gehör bei Schwachsinnigen. „Die Stimme", 1908. (S. 110*.)
14. *Kausch*, Professor, Die Behandlung des Hydrocephalus der kleinen Kinder. Arch. f. klinische Chirurgie, Bd. 87, H. 3. (S. 107*.)
15. *Maier*, *Hans Wolfgang*, Über moralische Idiotie. Journal f. Psychol. u. Neurol., Bd. XIII, 1908. (S. 110*.)
16. *Major*, *Gustav*, Selbstmord Jugendlicher in sozialpädagogischer Beleuchtung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 433. (S. 110*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

17. *Mattauschek*, Dr., Regimentsarzt, Hilfsschulzöglinge und Militärdiensteignung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 272. (S. 110*.)

18. *Meltzer*, Dr., Zur Pathogenese der Optikusatrophie und des sog. Turmschädels. Neurol. Zentralbl. 1908, Nr. 12. (S. 106*.)

19. *Meltzer*, Dr., Ein seltener Fall von Schwachsinn, Hirnbildung und Geisteskrankheit. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger, XXIX. Jahrg., S. 22. (S. 106*.)

20. *Pabst*, Dr. phil., Direktor, Die Bedeutung des Handarbeitsunterrichtes in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 29. (S. 110*.)

21. *Peters*, Professor, Über kongenitale Wortblindheit. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 21. (S. 107*.)

22. *Potpeschnigg*, Dr., Über das Wesen und die Ursachen kindlicher Minderwertigkeiten. Wiener klinische Wochenschr. 1908, Nr. 47. (S. 108*.)

23. *Ranke*, Dr., Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 32. (S. 106*.)

24. *Ranschburg*, Leicht Schwachsinnige als Zeugen. Eos 1907. H. 2. (S. 109*.)

25. *Révész*, *Margit*, Die Rechenfähigkeit der Schwachbefähigten und deren genaue Wertung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 189. (S. 109*.)

26. *Riva*, Dr., *Emilio*, Idrocefalo interno ed esterno. Rivista sperim. di freniatria, Bd. XXXIV, H. I—II, 1908. (S. 107*.)

27. *Sandner*, Dr., Handbuch der Heil- und Pflegeanstalten Bayerns für psychisch Kranke, Idioten, Schwachsinnige, Epileptiker, Blinde, Taubstumme und Alkoholiker. Ansbach 1908. Verlag G. Oppel. (S. 112*.)

28. *Savage*, Dr., *George H.*, An adress on mental cripples. British medical Journal, 14. XI. 1908. (S. 109*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

29. *Schabad*, Ein Fall von mongoloider Idiotie. Diss. Freiburg 1908. (S. 108*.)

30. *Schäfer*, *Karl L.*, Bericht über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge (Berlin 1906). Langensalza, Verlag Beyer u. Sohn, 1907. (S. 108*.)

31. *Schloss*, *Ludwig*, Die Fürsorge für abnorme Kinder in Ungarn. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 337. (S. 111*.)

32. *Schüller*, Dr., Über psychische Störungen im Kindesalter. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 206. (S. 108*.)

33. *Sommer*, *R.*, Ein Schema zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen. Klinik f. psych. und nervöse Krankheiten, 1908. (S. 108*.)

34. *Uhlich*, Dr., Einige Bemerkungen zur Erkennung und Beurteilung des Schwachsinns und verwandter Zustände. In der deutschen militärärztl. Zeitschr. 1908, H. 14. (S. 111*.)

35. *Ulbrich*, Dr., Augenärztlicher Befund an Schwachsinnigen. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 345. (S. 109*.)

36. *Vix*, Dr. *Karl*, Beitrag zur Lehre über den jugendlichen Schwachsinn an der Hand von Untersuchungen an Kindern der Göttinger Hilfsschule. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XXIII. Ergänzungsheft. (S. 111*.)

37. *Vogt*, Über die Fürsorge, Pflege und Unterbringung Schwachsinniger, Epileptischer und geistig Minderwertiger. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. II, S. 451. (S. 109*.)

38. *Vogt*, *H.*, Zur Diagnostik der tuberösen Sklerose. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns auf wissenschaftl. Grundlage, herausgegeben von *Vogt* u. *Weygandt*, Bd. 2, H. 1, S. 1. (S. 106*.)

39. *Vogt*, *H.*, Beitrag zur diagnostischen Abgrenzung bestimmter Idiotieformen (weitere Fälle von tuberöser Sklerose). Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 39. (S. 107*.)

40. *Weigl*, *F.*, Kurs für Heilpädagogik und Schulhygiene. Donauwörth 1908. (S. 108*.)



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

41. *Weygandt*, Fürsorge für Schwachsinnige, a. d. Bericht über den XIV. internat. Kongreß f. Hyg. u. Demographie, Berlin 1907, S. 556.
42. *Weygandt*, Über mongoloide Degeneration. Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1908.
43. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger. (S. 108*.)
44. Anstaltsbericht Turbenthal 1907. (S. 112*.)

Dr. *Meltzer* (18): Ein Kind zeigte bei intaktem äußeren Sehorgan eine zentrale Blindheit, bei der fast alle Vorstellungsgebilde aus der Hör- und Tastsphäre abgeleitet wurden und allein die Gesichtsempfindungen des Hellen und Dunklen einige dürftige Gesichtsvorstellungen erzeugen konnten. Einige Züge, wie stereotype Schaukel- und Schüttelbewegungen, plötzliches Berühren des Bodens mit der Nase. Sträuben, zeitweilige Erregung und stuporartige Zustände zeigten äußere Ähnlichkeit mit der Katatonie. Wahrscheinlich handelt es sich um Hirndefekte.

Dr. *Meltzer* (18): In 20 Fällen von Turmschädel mit Sehnervenentzündungen sind beide Erscheinungen aus einem geringfügigen angeborenen oder erworbenen Wasserkopf infolge von Hirnhautentzündung hervorgegangen; diese Meningitis serosa hat in 13 Fällen den Kopf vor oder während der Geburt deformiert und dann bei einer Verschlimmerung in der Kindheit den Sehnerven, manchmal auch den Riechnerven zerstört und die Hochformung des Kopfes vermehrt. Die Synostosenbildung ist eine Reaktion der rhachitischen Knochen gegen den mäßigen Wasserkopfdruck. Nach einmal eingetretener Verknöcherung wirkt der Druck des wachsenden, Platz suchenden Hirns resorbierend auf den Wasserkopf, rarefizierend auf die Schädelkapsel und deformierend auf die Schädelbasis. Die geistig normalen Kinder ähneln äußerlich tiefstehenden Idioten.

Dr. *Ranke* (23): Eingehende histopathologische Studie, die als erste Vorarbeit zur Lösung der Frage nach der Bedeutung der angeborenen Syphilis für idiotische Zustände gelten soll. Es handelt sich bei der nachgewiesenen Spirochätensepticämie der syphilitischen Frucht und den dadurch gesetzten Hirnstörungen um einen die Lebensfähigkeit so schwer beeinträchtigenden Prozeß. daß sie selbst nur selten das Substrat der Hirnveränderungen bei syphilitischer Idiotie bilden dürfte.

Vogt (38) schildert die eigenartige Krankheit der tuberösen Sklerose, die bisher lediglich bei der Sektion festgestellt werden konnte, aus dem makroskopischen Befunde der tumorartig vorgewölbten, verdickten, verhärteten Windungsabschnitte sowie den gelegentlich vorkommenden grauen Streifen und Herden im Mark, ferner aus dem histologischen Befunde: Zeichen gestörter Entwicklung in mangelhafter Differenzierung und Gruppierung der Ganglienzellen, atypischen Zellen, Gliawucherung, chronischer Degeneration der typischen Ganglienzellen, Fehlen entzündlicher Erscheinungen, besonders an den Gefäßen. Klinisch wurde von *Pellizzi* auf den frühzeitigen Stillstand und Rückgang der geistigen Entwicklung unter epileptischen Erscheinungen hingewiesen, bei frühem Exitus. Hier und da fehlen jedoch die epileptischen Erscheinungen. Meist finden sich gehäufte Degenerations-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeichen. *Vogt* verweist darauf, daß meist schwere somatische Anomalien vorkommen. 30% der Fälle haben Nierentumoren. Recht häufig und diagnostisch besonders beachtenswert sind Hauttumoren. 3 Fälle, die *Vogt* eingehender untersuchte, hatten die Erscheinung des Adenoma sebaceum, meist im Gesicht. Es ist ratsam, an der Hand dieser Zeichen beim Vorkommen von Idiotie mit schwerer Epilepsie die Möglichkeit der tuberösen Sklerose zu berücksichtigen.

H. Vogt (39): *Vogt* geht nach einer allgemeinen Erörterung ein auf mehrere Fälle, in denen vor allem durch Hauttumoren in Gestalt des Adenoma sebaceum und der Tumoren von *Barlow*schem Typ eine tuberöse Sklerose angenommen wurde, die die Sektion auch bestätigte.

Dr. *Deroitte*, Chefarzt des Laboratoriums der Irrenkolonie Gheel (9): Klinische, pathologisch-anatomische und histologische Schilderung von 2 Fällen. Bei dem ersten bestand von frühester Kindheit eine Enzephalopathie von hemiplegischer Form mit epileptischen Insulten, in der rechten Hemisphäre ein porenzephalischer Spalt, in der linken ein sklerotischer Plaque. Der andere Fall mit ähnlichen klinischen Erscheinungen ließ noch körperliche Mißbildung erkennen. Es fand sich eine atrophische Sklerose des Hinterhauptlappens; ein Gumma bestand in der Gegend der linken Art. fossae Sylv.; ein weiterer Porus öffnete sich oberhalb des linken Hinterhauptlappens.

Dr. *G. Ansalone* (2): Fall von Muskelatrophie des Schultergürtels mit psychischer Entwicklungshemmung und epileptischen Anfällen.

Professor *Kausch* (14) geht hinsichtlich des normalen Schädelmaßes aus von der auf Grund der Tabelle von *Liharzik* zu ersehenden Differenz zwischen Schädelumfang und Brustumfang. Er bezeichnet es schon als krankhaft, wenn sich der Schädelumfang über $\frac{1}{20}$ des aus dem Brustumfange berechneten Wertes nach oben bewegt; Fälle zwischen $\frac{1}{20}$ und $\frac{1}{10}$ sind leicht, zwischen $\frac{1}{10}$ und $\frac{1}{5}$ mittel, zwischen $\frac{1}{5}$ und $\frac{2}{5}$ schwer, über $\frac{2}{5}$ monströs. Seit langen Zeiten wurde schon Punktion der Seitenventrikel vorgenommen. *Miculicz* ersetzte die offene Drainage durch die permanente innere Drainage des Seitenventrikels; ferner versuchte er gelegentlich die intrakranielle Drainage zwischen Ventrikel und Subduralraum. Aus der Literatur und eigener Beobachtung werden 14 Fälle geschildert, von denen 2 fast, die übrigen als vollständig geheilt zu bezeichnen sind.

Dr. *Emilio Riva* (26): Schilderung eines Knaben von 128 cm Körperlänge und 50,2 cm Schädelumfang.

Peters (21): Ein 12jähriger Knabe war wegen schlechten Lesens 4 Jahre in derselben Volksschulklasse geblieben, bei gesundem Sehorgan. Ziffern und Buchstaben wurden prompt gelesen, Worte jedoch nur stockend und fehlerhaft. Abschreiben gelang gut, Schreiben nach Diktat dagegen fast gar nicht, ebenso Wiederlesen eines vorher geschriebenen Satzes. Das Gedächtnis für geschriebene und gedruckte Wortbilder ist also mangelhaft entwickelt. Auch zusammengesetzte Zahlen werden nicht korrekt gelesen, während kleinere Rechenexempel gut gelöst werden. Der Knabe kann ziemlich gut singen, richtig ein Gedicht hersagen und eine biblische Geschichte erzählen, auch etwas zeichnen. Intelligenz, Motilität, Sensibilität waren gut; Degenerationserscheinungen bestanden nicht.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bufe (6): Die Arbeit ergibt eine übersichtliche Darstellung der gesamten Frage der mongoloiden Idiotie.

Schabad (29): Die anatomische Untersuchung eines Falles von Mongolismus hat kein spezifisches, positives Ergebnis gebracht.

Privatdozent Dr. *Schüller*-Wien (32): Der Aufsatz schildert eine bei angeborener Hemiplegie im 10. Jahre entstandene Epilepsie mit Fuguezuständen, dann ein Fettkind mit Infantilismus und eine infantile Psychose von manisch-depressivem Charakter.

Als Dementia infantilis bezeichnet *Heller* (10) eine Krankheit, die sich derart äußert, daß nach einer Periode normaler oder annähernd normaler geistiger Entwicklung, zumeist im 3. oder 4. Lebensjahre, bald unter stürmischen Erscheinungen, bald mit schleichendem Verlaufe eine schwere Verblödung eintritt, welche unter dem Bilde tiefer Idiotie endigt. Somatische Momente, wie akute Krankheiten, Krämpfe, Körperverletzungen usw., sind nicht nachweisbar dabei, auch die Syphilis spielt keine Rolle. Über die Heredität erlaubt das vorhandene Material noch keine ausreichenden Schlüsse. Eingehend schildert der Aufsatz sechs einschlägige Fälle unter Beigabe mehrerer Porträts der Kinder. Der Verlauf ist nicht immer gleich; einmal handelte es sich um delirante Zustände. Aufregungszustände, tiefgreifende Intelligenzstörungen und Verlust der Sprache finden sich bei allen solchen Kindern, ferner auch die an Dementia praecox erinnernden Stereotypien und ticartigen Bewegungen, während der Gesichtsausdruck durchaus intelligent bleibt.

(43): Als „Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger. Organ des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher; unter Mitwirkung von Ärzten und Pädagogen herausgegeben von *W. Schröter*, Direktor der Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene in Dresden-Neustadt, und Dr. med. *F. Meltzer*, Arzt der Kgl. Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige in Chemnitz" (jetzt Oberarzt an der Strafanstalt Waldheim) erscheint nunmehr die bisherige „Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer".

Karl L. Schäfer (30): Es handelt sich um eine im Auftrage des Vorstandes herausgegebene Zusammenstellung der Verhandlungen des Berliner Kongresses für Kinderforschung und Jugendfürsorge in einem stattlichen Bande von 432 Seiten mit 15 Tafeln.

F. Weigl (40): Im Jahre 1908 wurde in München von der süddeutschen Gruppe des Vereins für christliche Erziehungswissenschaft ein stark besuchter Kurs veranstaltet, auf dem Fachmänner die verschiedensten einschlägigen Fragen darstellten. Die Vorträge sind in dem umfangreichen Bericht wiedergegeben. Die Veranstaltung beweist, wie weit die Überzeugung von der Notwendigkeit eingehender wissenschaftlicher Betrachtung des wichtigen Gebietes gedrungen ist.

Sommer (33) hat im Auftrage des von ihm in Gießen 1906 veranstalteten Kurses über Schwachsinnigenforschung ein für Ärzte und Hilfsschullehrer dringend zu empfehlendes Untersuchungsschema ausgeführt.

Potpeschnigg (22) schildert den Stand des in Deutschland glänzend, in Österreich noch bescheiden entwickelten Hilfsschulwesens, insonderheit die Verhältnisse in Graz. Er betont die Bedeutung des Alkohols, der bei einem Drittel der Eltern


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine verhängnisvolle Rolle spielt. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle verdankt ihre Minderwertigkeit den Eltern, deren geistigem und sittlichem Tiefstande, Alkoholismus und nervösen Störungen.

Auffallend war ihm das häufige Vorkommen des Facialisphänomens bei den Hilfsschülern. $\frac{1}{3}$ der Kinder soll früher an Krämpfen gelitten haben. 2 Fälle waren interessant durch Riesenwuchs und Fettsucht. Geradezu selten war der Fall, daß ein Hilfsschüler über eine gute Sprache verfügte. Mehr als $\frac{1}{4}$ schielte. Häufiger noch als torpide Kinder fanden sich solche von wechselndem Verhalten. Verbreitet ist die Neigung zu unmotiviertem Lachen. Die Mehrheit der Eltern äußerte ihre Zufriedenheit mit der Hilfsschule.

H. Vogt (37): Die ganze Frage der Schwachsinnigenfürsorge erfährt in dem auf dem dritten internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien erstatteten Referat eine gründliche Schilderung.

Privatdozent Dr. *Ulbrich* (35): Die Untersuchungen sind angestellt in der Pflege- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder „Ernestinum“ in Prag. Eingehend werden die Bildungsanomalien des Auges und die Funktionsmängel dargestellt, welch letztere vielfach auf mangelhafter geistiger Verwertung des Empfindungsmaterials beruhen.

Ranschburg (24): Auch die leicht schwachsinnigen Kinder und Jugendlichen sind hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit geschwächt, ihre Aussagen sind minder zuverlässig und außerordentlich stark beeinflußbar. Um so beachtenswerter ist die auf exakten Experimentaluntersuchungen beruhende Studie, als der neue Entwurf der deutschen Strafprozeßordnung hinsichtlich der Formulierung der Eidfähigkeit vollständig unzureichende Bestimmungen enthält.

Margit Révész (25), die Assistentin des kgl. pädagogisch-psychologischen Laboratoriums zu Budapest, hat unter Leitung von Dr. *Ranschburg* eingehend die Rechenfähigkeit Schwachbegabter untersucht und kommt zu der Überzeugung, daß eine objektive Wertung möglich ist, sofern die geistige Arbeit in ihre Elemente zergliedert und diese erst einzeln und dann vereint der Prüfung unterzogen werden.

Rektor *Henze* (11): Ausführliche Übersicht über die moderne Hilfsschulorganisationen, die im Original nachzulesen ist.

Professor *Alt* (1): In überzeugender und ungemein übersichtlicher Weise werden die ausgezeichneten Erfolge der Verpflegung Schwachsinniger in Uchtspringe und seiner ausgedehnten, vorbildlichen Familienpflege geschildert. Schon wegen der außerordentlich instruktiven Abbildungen ist die Lektüre des Aufsatzes im Original dringend anzuempfehlen.

L. Cron (8), der heilpädagogisch sehr erfahrene und erfolgreiche Leiter des Jugendheims in Heidelberg, schildert an der Hand von höchst anschaulichen Abbildungen und Schriftproben die mannigfachen Möglichkeiten einer zweckmäßigen Beeinflussung der zahlreichen Innervationsstörungen bei schwachbegabten Kindern.

Dr. *George H. Savage* (28): Der Aufsatz tritt für eine ausgiebigere Verwahrung vieler bisher nicht genügend versorgter schwachsinniger Personen ein.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pabst (20): Kurzer Aufsatz, der u. a. die auf den neueren Fortschritten der Gehirnphysiologie beruhende Mahnung ausspricht, es möge die Händeübung nicht einseitig die rechte Hand bevorzugen, sondern auch die linke mehr berücksichtigen.

Hans Wolfgang Maier (15) geht von dem *Bleuler*schen Standpunkt aus, daß dem Individuum eine Gefühlsbetonung für die moralischen Anforderungen seines Milieus angeboren ist und die moralischen Gefühle unabhängig sind von der Höhe der intellektuellen Veranlagung. In der Verbrecherwelt finden sich die extremen Fälle, wo neben ausreichendem Intellekt die moralischen Gefühle schon von frühester Kindheit so wenig entwickelt sind, daß ohne besonders starke Triebe oder ein übermächtiges schlechtes Milieu schon ein beständiger Konflikt mit der Rechtsordnung hervorgeht. Diese sind psychologisch ebensogut abgrenzbar unter den geistig abnorm Veranlagten wie die intellektuell Idiotischen. Als solche moralische Idiotie oder Imbezillität sind Fälle zu verstehen, bei denen ausschließlich ein völliger oder teilweiser angeborener moralischer Defekt bei genügender intellektueller Anlage ohne Zeichen einer anderen Psychose zu finden ist. Vier jüngere Leute und ein älterer Fall werden eingehend geschildert. Bedeutsam ist die erbliche Belastung; es war kein Glied der Eltern jener vier Fälle als gesund zu bezeichnen. Stimmungsschwankungen spielten übrigens keine Rolle. *Maier* bezeichnet diese Gruppe als unzurechnungsfähig und handlungsunfähig im gesetzlichen Sinne. Sie müssen als gemeingefährliche Geisteskranke sicher verwahrt werden, der Staat hat dazu die nötigen Einrichtungen zu schaffen. Eine individuell angepaßte Arbeitstherapie kann von den antisozialen Handlungen in weitem Maße ablenken. Die hereditären Faktoren, direkte Fortpflanzung und Alkoholismus sind scharf zu bekämpfen.

Imhofer (13): Bei einer beträchtlichen Zahl Schwachsinniger übertraf die musikalische Begabung diejenige normaler Kinder. Auch bei tiefstehenden Idioten ist Sinn für Rhythmus, sowohl rezeptiv, wie reproduktiv, unverkennbar. In beachtenswerter Weise empfiehlt *Imhofer* die therapeutische Verwendung der Musik an Schwachsinnigenanstalten.

Gustav Major (16): Beachtenswerte Betrachtungen angesichts der zahlreichen Fälle jugendlichen Selbstmords, von denen bei einem Material von 284 Fällen 76% infolge von Geisteskrankheit, Debilität oder psychopathischer Konstitution erfolgten.

Boubila und *Lachaux* (7): Schilderung eines schwer kriminell gewordenen 30 jährigen Schwachsinnigen.

Regimentsarzt Dr. *Mattauschek*-Wien (17): Die überwiegende Mehrzahl der Individuen, die in der Normalschule nicht fortkommen, ist zum Militärdienste ungeeignet. Verfasser fordert, daß die Direktionen der Irrenanstalten und der Pflege- und Erziehungsanstalten für Schwachsinnige angewiesen werden, über die entlassenen männlichen Individuen vom 14. bis 25. Jahre Verzeichnisse an die Behörden einzusenden, ferner sollen die Absolventen von Hilfsschulen den Behörden gemeldet werden.

Büttner, Worms (7): Der kurze Aufsatz legt die eminente Bedeutung gärtnerischer Tätigkeit für die Hilfsschüler dar. In Worms hatte die Stadtverwaltung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in dankenswerter Weise der Hilfsschule ein Gelände von 2000 qm zur Verfügung gestellt.

Kurt W. F. Boas (4) bekämpft mit anschaulichen Beispielen den Alkoholgenuß der Kinder und tritt für die Theorie ein, daß die Ursache des Alkoholismus der Kinder in der Erzeugung in der Trunkenheit liegt.

Dr. *Karl Vix* (36): Ätiologisch zu beachten ist, daß bei einer fortlaufenden Reihe von Geburten einer Familie die Konstitution der Kinder immer schwächer wird und die am Ende einer langen Geburtenreihe stehenden Kinder intellektuell am tiefsten stehen; in 60% der Fälle standen die Kinder am Ende einer langen Geburtenreihe. 95 schwere Degenerationszeichen fanden sich bei 51 Kindern.

Beachtenswert ist die Vorstellungsarmut, vor allem für abstrakte Begriffe; auffallend sind die Defekte in den Farbenvorstellungen; Urteil- und Schlußbildung ist am meisten gestört. Auswendiglernen gelingt manchmal erstaunlich gut, doch wird alles kritiklos reproduziert. Im Vordergrunde stehen Schwäche der Auffassung, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit; Störungen des Gefühllebens fallen bei Hilfschülern weniger ins Gewicht.

Stabsarzt Dr. *Uhlich*-Chemnitz (34): Unter 352 im Garnisonlazarett Chemnitz behandelten Kranken waren 25 psychisch Kranke und 17 Nervenkranke. 14 mal handelte es sich um angeborenen Schwachsinn, 2 mal um Hebephrenie. Beherzigenswert, namentlich für Militärärzte, sind die Bemerkungen, daß man den Defekt nicht nur durch Intelligenzprüfungen nachweisen und beurteilen soll, daß Simulation und Lüge vielfach bei Geistesschwachen krankhaft ist, daß Schwachsinn auch bei Trunksuchtsdelikten eine Rolle spielt und daß man bei häufigen, anscheinend unbegründeten Krankmeldungen eines Soldaten auf seine Psyche achten möge.

Ludwig Schloß (31): Die in dem Aufsatze geschilderten Verhältnisse Ungarns haben auch für Deutschland in mancher Hinsicht vorbildliche Bedeutung. Das letzte Staatsbudget Ungarns enthielt 641 401 Kronen für die Abnormeninstitute.

Dr. *Hess* (12): Die pädagogische Therapie ist Sache des Psychiaters. Alle kindlichen und jugendlichen Nerven- und Geisteskranken sind zur psychiatrisch-pädagogischen Behandlung geeignet, sofern nicht eine Gegenindikation vorliegt. Als obere Grenze gilt die vollendete Körperentwicklung, etwa das 20. bis 23. Jahr. Hauptgruppen sind 1. die nervösen, neurasthenischen, hysterischen; 2. die im engsten Sinne des Wortes psychotischen; 3. die moralisch Defekten. Notwendig ist in der Regel ein besonderes Institut, ein Pädagogium, das nur als Teil einer Irrenanstalt seinen Zweck erfüllen kann. Die Strafe der Nahrungsentziehung und körperlichen Züchtigung lehnt *Hess* strikte ab.

Dr. *Bayerthal* (3): An der Hand des Materials der Hilfsschule in Worms äußert sich *Bayerthal* über die Ätiologie und Prophylaxe der Imbezillität, über die Zulässigkeit körperlicher Züchtigung bei abnorm veranlagten Schulkindern und über Kopfumfang und Intelligenz im schulpflichtigen Alter. In zwei Fällen hat ihm, nachdem die sonstigen pädagogischen Zuchtmittel einschließlich Prügelstrafe erfolglos waren, die Elektrizität als Erziehungsmittel gute Dienste geleistet. Auch in der sehr eingeschränkten Form, in der *Bayerthal* nicht nur bei ganz normalen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindern, sondern auch bei Hilfsschülern noch körperliche Züchtigung zugestehen will, erscheint sie mir doch bedenklich. Wenn er betont, daß nicht wegen Eigenschaften gestraft werden darf, die Ausfluß eines krankhaften Geistes- oder Nervenzustandes sind, so wird dieser Umstand in der Hilfschulpraxis, wo eben doch Lehrer und nicht Ärzte tätig sind, keineswegs immer genügend gewürdigt werden können. Ähnlich wie hinsichtlich der Alkoholverabreichung sollte man auch bei Kindern, insonderheit bei Abnormen jeder Art, hinsichtlich der körperlichen Strafe auf einem streng ablehnenden Standpunkte stehen. Das Mittel einer Separierung bei unbotmäßig erscheinenden Kindern erscheint mir ungemein wirksamer als körperliche Züchtigung einschließlich der Schmerzverabreichung durch den faradischen Strom. Vielleicht läßt sich den neuesten Erfahrungen der Tierzüchter- und Tierdressur, wie sie von Hagenbeck geschildert werden, noch manches über die Entbehrlichkeit oder Bedenklichkeit körperlicher Züchtigung entnehmen.

Zu beachten ist, daß *Bayerthal* eine Vorhersage in bezug auf intellektuelle Leistungsfähigkeit im Hinblick auf den Schädelumfang schon vor Schulbeginn insoweit möglich erscheint, als bei bestimmten Körpergrößen sehr gute oder der Volksschule genügende Leistungen ausgeschlossen sind.

Dr. *Sandner* (27) bespricht sämtliche bayerischen Anstalten für Defektmenschen aller Art, wobei auch die Satzungen reproduziert werden, die hinsichtlich der geistlichen Privatanstalten noch manches Auffallende bringen, so noch Straflisten für Insassen der Anstalten Attel, Schönbrunn, Lauingen, Schweinspoint und Ursberg. Eine Zusammenstellung der einschlägigen Gesetzesbestimmungen schließt das empfehlenswerte Buch.

III. Bericht über die Schweizerische Anstalt für schwachbegabte taubstumme Kinder im Schlosse Turbenthal 1907 (44): Die Anstalt hat 32 Pfleglinge. Sie legt ihrem Berichte einen Aufruf bei, man möge einen Teil der Geldsummen, die alljährlich zum Zwecke des Totenkultus ausgeworfen werden, in den Dienst der Gemeinnützigkeit stellen, u. a. der Wohltätigkeitsanstalt Turbenthal widmen. Auch für deutsche Verhältnisse wäre ein derartiger Brauch dankenswert.

2. Funktionelle Psychosen.

Referent: Umpfenbach-Bonn.

1. *Abraham*, Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 31, S. 521 (S. 128*).
2. *Agadschajanz*, Katatonie eine selbständige Krankheitsform. Russk. Wratsch. Nr. 19.
3. *Ajadschajanz*, Über akut verlaufendes paranoisches Syndrom. Newrologitscheski Wjestnik. Bd. 14, Lieferung 3—4 (S. 128*).
4. *Albert, Waldemar*, Ein Fall von Katatonie im Kindesalter. Inaugural-Dissertation. Kiel.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

5. *Alberti* (*Pesaro*), La Paranoia seconda gli ultimi studii italiani. Note e Riviste di Psichiatria, Bd. 37, Nr. 2.
6. *Anglade* et *Jacquin* (Bordeaux), Un cas de démence précoce à forme paranoïde. Avec autopsie et examen histologique. L'Encéphale 1908, p. 453.
7. *Anton* (Halle), Dementia choreo-asthenica mit juveniler knotiger Hyperplasie der Leber. Münch. med. Wochenschr., S. 2369.
8. *Arnaud*, Sur un mode de combinaison de la psychasthénie et du délire. La Psychasthénie délirante. Journal de Psychologie normale et pathol., Bd. 5, p. 193. (S. 133*.)
9. *Aschaffenburg*, Über Pseudologia phantastica. Sitzungsbericht. Münch. med. Wochenschr., Jahrg. 55, S. 590.
10. *Aschaffenburg*, Über impulsives Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 156.
11. *Baird*, *Harvey*, Some Observations on Insanity in Jews. The Journal of Ment. science, Jahrg. 54, p. 528.
12. *Baugh*, Melancholie im Klimakterium. Brit. med. Journ. Nr. 2490.
13. *v. Bechterew*, Zwangseifersucht. Russk Wratsch Nr. 34.
14. *Benigni* e *Zilocchi*, Osservazioni anatomiche e cliniche intorno a due casi classificabili fra le demenze precoci. Rivista speriment. di freniatria, Vol. 34, Fasc. I u. II.
15. *Bennecke* (Dresden), Dementia praecox in der Armee. Deutsche militärärztl. Zeitschr., H. 10.
16. *Benon*, Un cas de délire d'interprétations. Sitzungsbericht. Annales médic.-psychol., Bd. 66, p. 84.
17. *Benon* et *Vladoff*, Etats démentiels. L'Encéphale III, Nr. 6.
18. *Berkley*, *Henry*, An abstract of the results obtained in the treatment of Catatonia by partial thyroidectomy and thyro-lecithin. Folia neuro-biologica, Bd. II, S. 1. (S. 129*.)
19. *Bertolini*, *Aldo*, Sindrome catatonica in età senile. Rivista speriment. di Freniatria, Vol. 34, p. 369.
20. *Birnbaum*, *Karl*, Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Jahrg. 31, S. 637.
21. *Birnbaum*, *Karl*, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold 1908, 227 S. (S. 133*.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

22. *Bleuler* u. *Jung* (Zürich), Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Jahrg. 31, S. 220.

23. *Bolognesi*, Tuberkulöse Hirngliose bei einem Melancholiker. Rivista di patol. nervose e mentale XI.

24. *Bolton*, *Jos. Shaw*, Amentia and Dementia: a Clinico-Pathological Study. Part III. The Journal of mental science, Vol. 54. p. 1 u. 433.

25. *Bolton*, Man.-depr. insanity, Brain, Part 1222.

26. *Bonhoeffer* (Breslau), Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., S. 2257.

27. *Boschi*, Sur les accessoires déhabillement dans la démence précoce et dans la psychose maniaque-dépressive. Nouv. Iconogr de la Salpêtr., Nr. 1.

28. *Boubila* et *Lachaux*, Débilité mentale congénitale avec idées hypocondriaques, interprétations délirantes et idées de persécution. Annal. méd.-psychol., Année 56, S. 48.

29. *Brown*, The psychoses of influenza. Scott. Med. and Surg. Journal Juni.

30. *Bruce*, *C. Lewis* (Murthly), The Symptoms and Etiology of Mania. The Journal of ment. science, Vol. 54, S. 207.

31. *Bruce*, Mania. Edinb. med. Journal, Vol. 23, Nr. 2.

32. *Buch*, *Lothar*, Ein Beitrag zur Lehre der senilen Geisteskrankheiten und ihre forensische Bedeutung. In.-Diss. Kiel.

33. *Burr*, *Charles* (Philadelphia), Delirium during and after Tetanus. The Journal of the American Med. Association, Vol. 50, p. 844.

34. *Burr*, *Charles* (Philadelphia), The mental state in chorea and choreiform affections. Journal of nervous and mental Disease. Vol. 35, p. 353. (S. 133*.)

35. *Busch*, *Alfred*, Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Dementia praecox. Psycholog. Arbeiten, herausgegeben von Kraepelin. Bd. 5, H. 3, S. 293. Leipzig, Verlag von W. Engelmann. (S. 129*.)

36. *Carrier*, *G.*, Troubles mentaux et maladie de Basedow. L'Encéphale, Nr. 10. (S. 133*.)

37. *Charpentier*, *René*, Mélancolie et pouls lent permanent. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol., Année 56, No, 2. p. 242.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

38. *Charpentier* et *Courbon*, Maladie de Basedow et psychose maniaco-mélancolique. Sitzungsbericht. Annales méd.-psychol. Année 56, No. 2. p. 226.

39. *Chiwilizkaja*, *Paulina*, Über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. In.-Diss. Freiburg.

40. *da Costa Guimaraïs*, François, Contribution à la pathologie des mystiques. Anamnèse de quatre cas. Paris 1908, Jules Rousset.

41. *Costantini*, Due casi di „dementia praecocissima". Rivista di pathol. nervosa e mentale XIII.

42. *Courtney*, Psychasthenie. Journ. of Amer. Assoc. Nr. 9.

43. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Psychose systématisée chronique à base d'interprétations avec illusions de fausses reconnaissances. Revue de Psychiatrie, p. 106.

44. *Damaye* et *Desruelles*, Agitation maniaque post-traumatique suivie d'affaiblissement intellectuel. Récidive de l'agitation à l'occasion d'états toxi-infectieux. Autopsie. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expérim. XII, p. 446.

45. *Damaye* et *Desruelles*, Affaiblissement intellectuel post confusional chez une tuberculeuse. Echo medic. du Nord 14.

46. *Degenkolb* (Roda), Zwei Fälle von Kombination verschiedener Seelenstörungen mit Hysterie. Sitzungsbericht. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 23, S. 94.

47. *Deny*, Cyklothymie. Sem. méd. Nr. 15.

48. *Döblin*, Über einen Fall von Dämmerzustand. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 136.

49. *Döblin*, Zur perniziös verlaufenden Melancholie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 361.

50. *Dromand* (Clermont), Apraxie et démence précoce. L'Encéphale III, p. 162.

51. *Ducosté*, Consideraciones sobre la locura maniaco-depressiva. Rev. frenopatica espanola VI, p. 243.

52. *Dupré*, Manie intermittente de Paralysie générale. Sitzungsbericht. Journal de Psychol. norm. et pathol., Bd. 5, S. 369.

53. *East*, *Gay Rowland*, Acute Mania following general Anaesthesia. The Journ. of mental science, Vol. 54, p. 118.

54. *Easterbrook*, Die Freiluftbehandlung des akuten Irreseins. Scottish Med. and Surg. Journal, April.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

55. *Everke*, *Paul*, Aphasieähnliche Symptome bei einem Paranoiker. In.-Diss. Würzburg.

56. *Ferrari*, La Caesarite. Rivista di Psicologia applicate, Bd. 4, S. 177.

57. *Foerster*, *Richard*, Über impulsives Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 149.

58. *Fragola*, Störungen der Sexualfunktion bei Dementia praecox. Riform. med. Nr. 2.

59. *Friedmann*, *M.*, Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 382.

60. *Gelma*, *E.* (Paris), Un cas de délire à deux. Revue de psychiatrie et de psychol. expérim., p. 202.

61. *Gerloff*, *Willy*, Über Dementia praecox bei Soldaten. In.-Diss. Leipzig.

62. *Ghirardini* (Udine), Sulla patogenesi della demenza precoce. Estr. d. Giorn. di Psich. clin. e tecn. nosicom., Bd. 35, H. 4.

63. *Giannelli*, *Augusto*, Sulla morte improvisa nella demenza precoce. Rivista di patologia nervosa e mentale, Bd. 13, S. 4. (S. 129*.)

64. *Gilbert-Ballet*, Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites. Sitzungsbericht. Journ. de Psychol. norm. et pathol. année V, p. 367.

65. *Gregor*, Diagnose psychischer Zustände im Stupor. Sitzungsbericht. Archiv f. Psych. u. Neurol., Bd. 44, S. 409.

66. *Gregor* und *Hänel*, Beiträge zur Kenntnis der Störung äußerer Willenshandlungen. 1. Mitteilung: Ergographenversuche bei Katatonie und melancholischer Verstimmung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 23, S. 1.

67. *Gregor* und *Zaloziecki* (Leipzig), Diagnose psychischer Prozesse im Stupor. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, herausgegeben von Sommer, Bd. 3, S. 22. (S. 132*.)

68. *Gucci*, *Raffaele* (Florenz), Ritmo del moto e pazzia periodica. Archivo di Psichiatria, Il Manicomio, Ann. 24, p. 261.

69. *Haberkant*, Osteomalacie und Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 45, S. 1. (S. 129*.)

70. *Hakkebusch*, *W.*, Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen. Ssowremjonnaja Psychiatria, Nr. 7.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

71. *Halberstadt* et *Nouet*, Un cas de mysophobie de Kraepelin. Sitzungsbericht. Annales méd.-psychol., année 66, p. 281.

72. *Haltermann*, *Wilhelm*, Zur Lehre von den akuten Haftpsychosen. In.-Diss. Kiel.

73. *Hansen*, *Matthias*, Zur Lehre der Katatonie mit Stupor. In.-Diss. Kiel.

74. *Hasche-Klünder*, Über atypisch verlaufende Psychosen nach Unfall. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 44, S. 668.

75. *Hedding*, Beiträge zur Kenntnis des induzierten Irreseins. In.-Diss. Bonn.

76. *Heller*, *Theodor*, Über Dementia infantilis. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, Bd. II, S. 17. (S. 133*.)

77. *Hellpach*, Religiöse Wahnbildung bei thyreogener Erregung. Zeitschr. f. Religionspsychol., 1908.

78. *Hollós*, Epilepsie und Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych., Bd. 31, S. 118.

79. *Hoppe*, *Fritz* (Allenberg), Zur pathologischen Anatomie der periodischen Psychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 44, S. 341.

80. *Hüfler*, Über die katatonischen Anfälle. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 469.

81. *Hutt*, *Helm.*, Rechenversuche bei Manisch-Depressiven. Inaug.-Dissert. München.

82. *Hutt*, *Helm.*, Rechenversuche bei Manisch-Depressionen. Psychol. Arbeiten, herausg. von Kraepelin, Bd. 5, S. 338. (S. 126*.)

83. *Jahrmärker*, Endzustände der Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 489.

84. *Jahrmärker* und *Bleuler*, Endzustände der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 429.

85. *Janet*, La perte des sentiments de valeur dans la dépression mentale. Journal de Psychol. norm. et pathol., Bd. 5, S. 481.

86. *Janet*, Délire systématique à la suite des sentiments d'incomplétude chez un psychasthénique. Sitzungsbericht. Journal de Psychol. norm. et pathol., Bd. 5, S. 157.

87. *Janet*, Un cas de délire somnambulique avec retour à l'enfance. Sitzungsbericht. Journal de Psychol. norm. et pathol., Bd. 5, S. 366.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

88. *Jansen, Max*, Zur Lehre von der Melancholia cum stupore. Inaug.-Dissert. Kiel.

89. *Jelliffe, Smith Ely*, Some general reflections on the Psychology of Dementia praecox. The Journal of the Americ. Med. Association, p. 202.

90. *Imboden*, Ein Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 45, S. 731.

91. *Joffroy*, Contribution à l'étude de l'interprétation délirante dans les délires systématisés. L'Encéphale, p. 117.

92. *Jones, Rob.*, The Question of Dementia praecox. The Journal of ment. science, vol. 54, p. 656.

93. *Kauffmann*, Über Diabetes und Psychose. Münch. med. Wochenschrift, Bd. 55, S. 621.

94. *Kelly*, Mania. Dublin Journ. of med. sc. No. 441.

95. *Kleist*, Über die Lokalisation tonischer und katatonischer Erscheinungen. Sitzungsbericht. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 24, S. 473.

96. *Knapp* (Götingen), Jahrelange Simulation eines Verblödungszustandes. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 14. (S. 134*.)

97. *Knapp*, Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 23, Erg.-Heft, S. 97.

98. *Knapp*, Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 44, S. 709. (S. 134*.)

99. *Knapp*, Philip Coombs, Confusional insanity and Dementia praecox. The Journ. of nervous and mental. disease, Vol. 35, p. 53.

100. *Kölpin*, Mord bei Dementia praecox. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1908.

101. *Kölpin*, Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 1.

102. *Kohnstamm*, Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Katatonie? Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 709.

103. *Laignel-Lavastine*, Les troubles des glandes à sécrétion interne chez les mélancholiques. Revue de Psych. et de Psychol. expérim., Bd. 12, S. 429.

104. *Landry* et *Camus*, Psychose maniaque-depressive et maladie de Basedow. Sitzungsbericht. Annales méd.-psych., Bd. 66, S. 238.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

105. *Lange*, Uratische Psychose. Hospitalstid, Nr. 4—6.
106. *Latapie*, *Ant.*, États mélancholiques et états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale. Paris.
107. *Leeper*, Of the onset of Melancholia. The Journ. of ment. science, vol. 54, p. 357.
104. *Löwenstein*, *Kurt*, Beitrag zur Differentialdiagnose des katatonischen und hysterischen Stupors. Inaug.-Dissert. Leipzig.
109. *Löwenstein*, *Kurt*, dasselbe. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 790.
110. *Löwy*, *Max* (Marienbad), Überwertige Idee und Paranoia. Lotos, Bd. 56, H. 5.
111. *Löwy*, Über Hypochondrie und ihre Wurzeln, Neues zur Differentialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen. Prager Med. Wochenschr., Jahrg. 33, S. 766. (S. 134*.)
112. *Lomer*, Über einige körperliche Begleiterscheinungen der Verblödung. Psych.-neurol. Wochenschr., Bd. 10, S. 137. (S. 130*.)
113. *Lwoff*, Folie périodique à début tardif. Sitzungsbericht. Annales méd.-psychol., Bd. 66, S. 430.
114. *Magnan*, *M.*, Délire chronique à évolution systématique. Sitzungsbericht. Annales méd.-psychol., Bd. 66, S. 430.
115. *Mahler*, *Th.*, Kasuistischer Beitrag zur Paranoia chronica. Eifersuchtswahn auf nichtalkoholischer Basis. Inaug.-Dissert. Kiel.
116. *Martini* (Arezzo), La frenosi maniaco-depressiva all'osservazione clinica dell' Esquirol. Giorn. di psichiat. clin. e tecn. manic., Bd. 35, Nr. 3.
117. *Meyer* (Königsberg), Ein Fall von Amentia. Sitzungsbericht. Psych.-Neurol. Wochenschr. S. 174 (S. 128*).
118. *Meyer*, E. (Königsber)g, Die Prognose der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 65. S. 467.
119. *Meyer*, *E.*, Die Prognose der Dementia praecox. Archiv für Psych. und Neurol., Bd. 45, S. 351 (S. 130*).
120. *Meyer*, *E.*, Psychologie der Dementia praecox. Archiv für Psych. und Neurol., Bd. 43, S. 1312.
121. *Mézie* (Amiens), Confusion délirante hallucinatoire aiguë., L'Encéphale, Bd. III, p. 508.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

122. *Mignard*, Un cas de béatitude. État de torpeur béate chez une imbécille de vingt-deux ans. Journ. de Psychol. norm. et pathol., Bd. 5, S. 347.

123. *Miller*, Clinical and pathological report of a case of Addison's disease with terminal mental symptoms. Amer. Journ. of Insanity, Bd. 63, Nr. 3.

124. *Mitchell and Southard*, Melancholia with delusions of negation. three cases withautopsy. Journ. of Nerv. and Ment. Disease Vol. 35, p. 300.

125. *Morselli*, *Arturo*, Sulla autonomia della psicosi catatonica acuta rispetto alla „dementia praecox" catatonica. Rivista speriment. di Freniatria, vol. 34, p. 568.

126. *Näcke*, *P.*, Zur Psychologie der Kinder als Opfer von Sittlichkeitsverbrechen. Groß' Arch., Bd. 32, S. 149.

127. *Nikolauer*, *Max*, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins Inaugural-Dissertation, Leipzig.

128. *Olbertz*, *Paul*, Über die klinische Stellung des Eifersuchtswahns. Inaugural-Dissertation. Bonn.

129. *Omorokow*, *L. I.*, Zwillingsirresein. Obosrenje psychiatrii, newrologii i experimentolnoj psychologii Nr. 7.

130. *Oppenheim*, *H.*, Zur Lehre von der Periodizität nervöser Erscheinungen. Neurol. Zentralbl., Bd. 27, S. 7.

131. *d'Ormea*, Ritmo respir. nei dementi prec. Note e riv. di psich. Bd. 37, Nr. 1.

132. *Ossipow*, *W. P.*, Zur Ätiologie der Katatonie. Neurologitscheski Wjestnik, Bd. 15, Lief. 2 (S. 131*).

133. *Pactet*, Délire de persécution d'un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytic et d'attaques de l'épilepsie. Soc. Clin. med. ment. July.

134. *Pardo*, *Giorgio*, Coprologia della pazzia periodica. Rivista speriment. di Freniatria, Bd. 34, S. 469.

135. *Petrò* (Como), Sulle guarigioni incomplete della follia. Riv. it. de Neurol., Psich., Elettr., Bd. 1, Heft 5.

136. *Pfersdorff*, Der Rededrang im manisch-depressiven Irresein (spez. die dialogisierende Manie). Zentralbl. f. Nervenheilk. Psychiatrie, Jahrg. 31, S. 209.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

137. *Pförringer* (Göttingen), Verhalten des Körpergewichts bei zirkulären und anderen Psychosen. Monatsschr. für Psych. und Neurol, Bd. 23, Erg.-Heft S. 124 (S. 126*).

138. *Pick, A.* (Prag), Über Hyperästhesie der peripheren Retinaabschnitte; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sog. katatonen Bewegungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 24, S. 382 (S. 131*).

139. *Picqué, Lucien*, Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique. Sitzungsber. Annales méd.-psychol., Bd. 66, S. 447—463.

140. *Picqué, Lucien*, De l'origine périphérique de certains délires. (Cénesthésie et Somatisme). Annal. méd.-psych. 66, S. 288.

141. *Pighini, Giacomo*, Sulla patologia della demenza precoce e sulle fasi acute che in essa si presentano. Rivista speriment. di Frenetria, vol. 34, p. 497.

142. *Pilcz* (Wien), Confusion mentale aiguë. Amentia (O. Meynert). Archives de Neurologie, Bd. 30, Juillet-Août.

143. *Pini*, Ricerche sul potere riducente delle urine nella frenosi maniaco-depressiva. Archivio di Psichiatria, Il Manicomio, Bd. 24, p. 155.

144. *Pötzl*, Katatone Form der Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. Bd. 27, S. 887.

145. *Powels, Arthur*, Chorea und Geistesstörung. Inaugural-Dissertation. Königsberg.

146. *Purdum* and *Wells*, Dementia praecox.
Journ. of. Americ. Assoc. Nr. 1.

147. *Raecke* (Kiel), Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. und Neurol. Bd. 45, S. 243 (S. 131*).

148. *Raecke*, Zur Prognose der Katatonie. Sitzungsber. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 65, S. 465.

149. *Ramadier* et *Marchand*, La glande thyroide chez les aliénés. L'Encéphale Bd. 3, Nr. 8 (p. 135*).

150. *Redepenning* (Göttingen), Geistiger Besitzstand von sog. Dementen. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. 23, Erg.-Heft S. 139 (S. 135*).

151. *Reich*, Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 501.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

152. *Rémond* et *Lagriffe*, Chorée variable chez deux démentes précoces. Sitzungsber. Annal. méd.-psych., Bd. 66, p. 80.
153. *Rinne E.*, Ein Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins. Inaugural-Dissertation. Göttingen 1907.
154. *Risch* (Eichberg), Über die Verwechselung von Denksperrung mit angeborenem Intelligenzdefekt bei den Haftpsychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 249.
155. *Rizor*, Jugendirresein. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 43.
156. *Robertson*, *Alexander*, Observation on the less severe forms, pathology and treatment of mental disorder in advanced life. The Journal of mental science, Bd. 54, S. 500.
157. *Roguer de Fursac* et *C.*, *Pascal*, Adipose douloureuse (Maladie de Dercum) chez une démente précoce. L'Encéphale, p. 131.
158. *Rosenbach*, *R.*, Manisch-depressives Irresein. Russk. Wratsch Nr. 2.
159. *Rosenfeld* (Straßburg), Zum Nachweis einiger Sejunktionsvorgänge bei funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 889.
160. *Rosenfeld*, Psychische Störungen bei der vasomotorischen Neurose. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose funktioneller Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Jahrg. 31. S. 137 (S. 135*).
161. *Roubinovitch*, Sur un cas d'Acromégalie avec Epilepsie et Psychose maniaque-dépressive. Gaz. des Hôpit., Août.
162. *Rouma*, Mythomanie. Archiv de psychol. Nr. 29.
163. *Salerni*, *Aleardo* (Verona), Sulla Nevrastenia prodromica della demenza precoce. Archivio di Psichiatria Il Manicomio, Bd. 24. p. 67.
164. *Sante de Sanctis*, Dementia precocissima catatonica oder Katatonie des früheren Kindesalters? Folia neuro-biologica. Bd. 2, S. 9 (S. 131*).
165. *Sanz*, Un caso de demenzia precoce catatonica. Rivista frenopatica espanda. Bd. 6, S. 235.
166. *Sartorius*, Die forensische Bedeutung der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 666.
167. *Schaefer*, *H.*, Paranoia? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 972.
168. *Schönfeld*, *Artur* (Brünn), Katatonie nach Trauma. Wiener Med. Wochenschr. Nr. 47 (S. 131*).


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

169. *Schroeder*, *Julius*, Ein Beitrag zur Frage der Kombination von Psychosen und Morbus Basedowi. Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Direktors Tiling in Rothenberg. Riga, Verlag von Grothuss (S. 135*).

170. *Schroeder*, *Julius*, Die Anwendung gefäßerweiternder Mittel bei den Schmerzen der Manisch-Depressiven. Ebenda.

171. *Schulze*, *Otto*, Über die Beziehungen des angeborenen und früh erworbenen Schwachsinns sowie der psychopathischen Konstitution zur Dementia praecox. Inaugural-Dissertation. Jena (S. 132*).

172. *Schumann*-Gera. Akute halluzinatorische Verwirrtheit nach Mandelentzündung. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. S. 789.

173. *Seige*, *Max*, Periodische Indikanurie bei zirkulärer Psychose. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. 24, S. 178 (S. 127*).

174. *Seiffer*, Stupidität (Dem. acuta). Charité-Annal. Bd. 32.

175. *Sérieux* et *Capgras*, Diagnostic du délire d'interprétation. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expériment, Bd. 12, S. 1.

176. *Shaw*, *Jos. Bolton*, Amentia and Dementia, a clinico-pathological Study, Fortsetzung u. Schluß. The Journal of ment. science, vol. 54, p. 262—433.

177. *Siemerling*, Schwere stupuröse Melancholie bei Laktation. Sitzungsber. Münchener Med. Wochenschr., Bd. 55, S. 826.

178. *Siemerling*, Halluzinatorische Paranoia mit Dementia senilis. Sitzungsber. Münchener Med. Wochenschr., Bd. 55, S. 826.

179. *Siemerling*, Akuter Stupor bei Katatonie. Sitzungsber. Münchener Med. Wochenschr., Bd. 55, S. 826.

180. *Simi*, Paranoia secondaria. Ann. del man. prov. di Perugia, Bd. I, Heft 3 u. 4.

181. *Sommer* (Gießen), Depressionszustände und ihre Behandlung. Deutsche Med. Wochenschr., Jahrg. 34, S. 1081 (S. 127*).

182. *Soukhanoff*, *Serge*, Des psychopathies et des psychoses constitutionelles. Psychiatrie contemporaine (russe), Janvier.

183. *Soukhanoff*, *Serge*, Paranoia. Russk Wratsch Nr. 36.

184. *Soukhanoff*, *Serge*, Cyclothymie und Psychasthénie und ihre Beziehung zur Neurasthenie. Russk Wratsch Nr. 3.

185. *Specht* (Erlangen), Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. für Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 817.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

186. *Specht*, Über die Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitata. Zentralbl. für Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 449 (S. 127*).

187. *Stevens*, Korsakoffs psychosis superimposet upon Melancholia. Journ. of Nerv. and Ment. Disease. Juli.

188. *Sturrock*, *James P.*, Acute furious mania in cerebro-spinal Meningitis. The Journ. of ment. science, vol. 54, S. 734.

189. *Swift*, The prognosis of recurrent insanity of the manie-depressive type. Amer. Journ. of Insanity, Bd. 64, Nr. 2.

190. *Thalbitzer* (Aarhus, Dänemark), Die manio-depressive Psychose. — Das Stimmungsirresein. — Ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage, mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischformen. Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 43, S. 352 (S. 127*).

191. *Thomsen* (Bonn), Wahnbildung und Paranoia. Med. Klinik. 4. Jahrg. (S. 128*).

192. *Thomsen*, Zur Klinik und Ätiologie der Zwangserscheinungen, über Zwangshalluzinationen und über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Hysterie. Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 44, S. 1 (S. 136*).

193. *Thwaites*, Dementia praecox and mental Degeneracy in Syria. The Journ. of mental science, vol. 54, p. 511.

194. *Tomaschny*, Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 778.

195. *Toulouse* et *Mignard*, Confusion mentale et démence. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expérim., Bd. 12, p. 321.

196. *Trénel* et *Crinon*, Du rôle des idées de Zoopathic interne dans la pathogénie d'un délire de négation. Sitzungsber. Annales méd.-psychol., Année 66, p. 467.

197. *Trespe*, Ein Fall von Dementia posttraumatica mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen. Münch. Med. Wochenschr., Jahrg. 55, S. 675.

198. *Turner*, *John* (Brentwood), A clinical lecture on Dementia praecox. The Journ. of mental science, Vol. 54, p. 190 u. 218.

199. *Tyson* and *Clark*, Augensymptome bei Dementia praecox. Journ. of Americ. Assoc. Nr. 18 (S. 132*).

200. *Ugolotti*, Psic. man.-depr. e epil. Riv. di Patol. nerv. vol. 13, fasc. 9.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

201. *Urquhart* (Perth), Dem. praec. The Journ. of mental science, vol. 54, p. 661.
202. *del Valle*, Delirìo de persecuc. Arch. de psiqu. (Buenos Aires) 7.
203. *Vecsey*, Erfahrungen mit Bromural. Wiener Med. Wochenschr. Nr. 7.
204. *Vedrani*, Documenti per la patologia della frenosi maniaco-depressiva. Gion. di Psich. clin. e tecn. manic., Bd. 35, Nr. 3.
205. *Vitali*, Delir e insuffiz. epat. Ann. del Manic. di Perugia, Bd. 2, fasc. 1 u. 2.
206. *Vogel*, *Willy*, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen und zur Prognose der Katatonie. Inaugural-Dissertation. Breslau.
207. *Wachsmuth*, Ein Fall von Selbstverletzung (Ausreißen eines Auges) im katatonischen Raptus. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65, S. 856.
208. *Weber* (Göttingen), Behandlung der psychischen Erregungszustände. Therapeutische Monatshefte Nr. 2.
209. *Westphal*, *A.*, Manisch-depressives Irresein und Lues cerebri. Sitzungsber. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 828.
210. *Westphal*, *A.*, Über einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler) Muskelatrophie, mit manisch-depressivem Irresein und sog. Maladie des tics convulsifs einhergehend. Sitzungsber. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 24, S. 570.
211. *Westphal*, *A.*, Über einen Fall von motorischer Apraxie (mit Sektionsbefund). Med. Klinik, Jahrg. 4, S. 283.
212. *Wieg-Wickenthal* (Gugging), Zur Klinik der Dementia praecox. C. Marhold, Halle a. S. 121 Seiten (S. 132*).
213. *Wilmanns*, Über Gefängnispsychosen. Sitzungsber. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 378.
214. *Winter*, *Friedrich*, Die Wochenbettpsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Amentia auf Grund der seit dem Jahre 1899 am Aplerbecker Material gemachten Beobachtungen. Inaugural-Dissertation. Marburg.
215. *Wizel*, *Adam* (Warschau), Einige Worte betreffs der Benennung „manisch-depressives Irresein“. Neurol. Zentralbl., Bd. 27, S. 368 (S. 127*).
216. *Wolff*, *Gustav*, Zur Frage der Benennung der Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, S. 856 (S. 132*).



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

217. *Woltär*, Neurasthenisches Vorstadium der Psychosen. Wiener Klinische Wochenschr. No. 4 (S. 132*).
218. *Zablocka, Maria Emma*, Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 318.
219. *Zeehandelaar*, Lautwerden der Gedanken. Tijdschr. voor Geneesk 15.
220. *Ziehen*, Demonstration eines Falles von Eknoia. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl., Bd. 27, S. 1148.
221. *Ziehen*, Zur Lehre von der psychopathischen Konstitution. Fortsetzung. Wahnvorstellungen. Charité-Annalen 31.
222. *Ziehen*, Über die sogenannte Angstpsychose. Sitzungsber. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Jahrg. 31., S. 188.
223. *Ziveri* (Brescia), Dementia und Hirncysticercus. Gazz. d'ospedali Nr. 150.
224. *Ziveri, Alberto*, Considerazioni statistico-nosologiche sulla demenza precoce. Manicomio, vol. 24, p. 87.
225. *Ziveri*, Funzionalità epatica nella demenza precoce. Nocera infer. Tipogr. del manicom. di Brescia.
226. *Zweig* (Königsberg), Zur Lehre von der Amentia. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 709.
227. *Zweig*, Dementia praecox jenseits des 30. Lebensjahres. Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 44, S. 1015 (S. 132*).

a) Manisch-depressives Irresein.

Hutt (82) fand die Leistungsfähigkeit im Rechnen bei manischen Kranken nicht nennenswert, bei depressiven durchschnittlich sehr erheblich vermindert. Die Änderung der Leistung während der Arbeit an den Tagen ohne und mit Pause entspricht bei manisch-depressiven Kranken nur selten dem Verhalten der Gesunden und bietet eine Reihe von Abweichungen dar, wie sie bei Gesunden überhaupt nicht, nur ganz ausnahmsweise oder nur in schwacher Ausprägung beobachtet werden. Bei der überwiegenden Mehrzahl der manisch-depressiven Kranken läßt der Verlauf der Rechenarbeit das allmähliche Schwinden ursprünglich vorhandener Hemmung erkennen. Die Ermüdbarkeit ist bei den manisch-depressiven Kranken im allgemeinen etwas erhöht. die Übungsfähigkeit in sehr geringem Maße herabgesetzt. Die Unterbrechungswirkung der Pause ist bei den Manisch-Depressiven durchschnittlich etwas größer als bei den Gesunden; in einzelnen Fällen stellen sich die durch die Arbeit abgeschwächten Hemmungen während der Pause von neuem wieder her. Im Laufe der Versuchszeit wird bei Manisch-Depressiven der Leistungsfortschritt durch Schwankungen im Zustandsbilde wesentlich beeinflußt

Pförringer (137) konstatierte, daß die Gewichtskurve bei einfacher Manie und symptomatischer Manie in Begleitung anderer Psychosen sinkt. Die Stimmungs-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kurve wird im zirkulären Irresein im großen und ganzen von der Körpergewichtskurve nach ihren positiven und negativen Ausschlägen begleitet. Geistesstörungen mit hervortretenden Erscheinungen auf affektivem Gebiete machen den Verdacht auf Jugendirresein dringend, wenn das Körpergewicht — ohne Beeinflussung durch manische oder depressive Stimmung — stetig ansteigt.

Seige (173) untersuchte bei einem 50 jährigen Arzt, bei dem seit langer Zeit manische und depressive Phasen sich ablösen, den Urin und fand die Stickstoffausscheidung und das Kochsalz nicht verändert. Dagegen fanden sich starke Schwankungen in der Indikanausscheidung, welche den Schwankungen im psychischen Befinden völlig parallel gingen. Während der Erregungsperiode schwand das Indikan teils völlig, teils bis auf geringe Mengen, während im Depressionsstadium ganz enorme Mengen von Indikan auftraten. Es wurden Tagesmengen bis zu 0,441 g Indikan beobachtet. Der Kranke war während der Untersuchungszeit körperlich völlig gesund. *Seige* hält es für wahrscheinlich, daß die Indikanurie zentral ausgelöst ist.

Thalbitzer (190) kommt wieder zu der alten Ansicht zurück, daß Manie und Melancholie auf Blutschwankungen im Gehirn beruhen, zu starker und andauernder Blutzufuhr oder Blutarmut. Diese beruhen wieder auf Vorgängen in den verschiedenen Zentren des Gehirns. Solche Spasmen glaubt *Thalbitzer* auch anatomisch nachweisen zu können. Sie sind Folge von Erkrankung der *Helweg*schen Dreikantenbahn.

Wizel (215) möchte den alten Ausdruck Melancholie, den bereits *Hippokrates* kannte, erhalten wissen, ebenso die Bezeichnung Depression im alten weiten Umfange wieder eingestellt haben. Er schlägt daher vor, vom „manisch-melancholischen Irresein" statt vom manisch-depressiven Irresein zu reden.

b) Melancholie.

Sommer (181) beschäftigt sich hier zunächst mit den Depressionszuständen bei Paralyse, Sklerose, Dementia praecox, Paranoia usw., dann mit den Depressionszuständen auf rein nervöser Grundlage, bis zu den schwersten Formen der Melancholie, um dann die Behandlungsweise der einzelnen Krankheiten anzugeben. Er betont, daß viele Depressionszustände nicht als Phasen des manisch-depressiven Irreseins anzusehen sind, da sie niemals in eine manische Phase übergehe, ein Rezidiv ist immer wieder ein Depressionszustand.

Specht (186) setzt sich hier hauptsächlich mit *Wernicke*, *Westphal* und *Kölpin* auseinander (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 246). Er erklärt die *Kraepelin*sche Melancholie der Rückbildungsjahre für identisch mit dem manisch-depressiven Irresein. Das Krankheitsbild der agitierten Melancholie stellt den bestcharakterisierten Grundstock der ganzen Melancholie-Gruppe dar. Die typischen angstmelancholischen Zustandsbilder kommen gerade in der zweiten Lebenshälfte mit besonderer Häufigkeit vor. Auch diese, mit ihrer ausgeprägten Angst, ihrer ma[illegible] den primären Hemmung und ihren lebhaften Wahnbildungen, lassen sich als ma[illegible] depressiven Mischzustand analysieren. — Die einfache Manie und Mela[illegible] müssen glattweg verschwinden. Auch die Melancholie mit Wahnid[illegible]

Digitized by 
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Züge. Jedwede üppiger wuchernde Wahnproduktion läßt sich nur unter Einbezug manischer Grundstörungen erklären. Ebenso ist es bei der Melancholia hallucinatoria. *Specht* erinnert hier daran, daß der alte *Hagen* bereits den Begriff des manisch-melancholischen Mischzustandes geschaffen hat. Er sprach bereits von „manischen Elementen, die der Melancholie beigemischt". — *Specht* schlägt schließlich vor, statt manisch-depressiv lieber manisch-melancholisch zu sagen.

c) Amentia.

Mayer (117) fand in einem Fall von Amentia nach eitriger Mandelentzündung im Blute zahlreiche Staphylokokken. Na Cl-Infusion, später Collargol 1 : 100 per os bzw. per clysma. Er rät zu weiteren Versuchen mit Collargol bei Amentia. Delirium acutum usw. infektiöser oder toxischer Herkunft.

d) Paranoria.

Ajadschanjanz (3) teilt zwei Fälle mit, die in gleicher Weise mit argwöhnischer Verstimmung begannen und in denen sich dann systematischer Verfolgungs- und Größenwahn mit entsprechender aktiver Betätigung der Kranken entwickelte. Bei relativ klarem Bewußtsein Sinnestäuschungen. Keine Verwirrtheit, ebenso fehlten Stereotypien, Negativismus, hypochondrische Vorstellungen, Verlangsamung oder Beschleunigung des Vorstellungsablaufs. Keine erbliche Belastung. Es trat schließlich vollständige Genesung ein. (*Fleischmann*-Kiew.)

Thomsen (191) faßt den Begriff Paranoia weiter als *Kraepelin* und gibt hier Krankheitsbilder von Verwirrtheitszuständen und primären affektiven Störungen, die er mit Recht als akute Paranoia bezeichnet. Heilbarkeit ist nicht ausgeschlossen.

e) Dementia praecox.

Abraham (1) steht völlig auf *Freud*schem Standpunkt, und sind seine psychoanalytischen Bemerkungen äußerst interessant, auch für den, der nicht Anhänger von *Freud* ist. Er glaubt durch Analyse der einzelnen Psychosen, nach Art von *Freud*, Aufklärungen, auch allgemeiner Natur, erwarten zu dürfen, die auf keinem anderen Wege zu erzielen sind. Hauptsächlich gilt dies auch für die differentialdiagnostische Abgrenzung der Dementia praecox gegen Hysterie und Zwangsneurose. Er glaubt ferner durch Annahme einer abnormen psychosexuellen Konstitution im Sinne des Autoerotismus einen großen Teil der Krankheitserscheinungen bei Dementia praecox erklären und die neuerdings erörterten Toxin-Hypothesen entbehrlich machen zu können. Die psychosexuelle Konstitution der Dementia praecox beruht auf einer Entwicklungshemmung. Die Dementia praecox vernichtet die Fähigkeit zur Sexualübertragung, zur Objektliebe. Die auf das Ich zurückgewandte reflexive oder autoerotische Sexualübertragung ist die Quelle des Größenwahns bei Dementia praecox. In Autoerotismus liegt der Gegensatz der Dementia praecox auch gegenüber der Hysterie, hier Abkehr der Libido, dort übermäßige Objektbesetzung, hier Verlust der Sublimierungsfähigkeit, dort gesteigerte Sublimierung.



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berkley (18) beginnt hier die Veröffentlichung einer Anzahl von Krankengeschichten, wobei er allem Anschein nach mit seiner Behandlungsmethode guten Erfolge erzielte; die Besserung trat auch bei schon älteren Fällen ein und war auch bisher wenigstens von Dauer.

Busch (35) kommt bei seinen Versuchen zu folgenden Schlüssen: Der Umfang der Auffassungs- und Merkfähigkeit bei den Dementen ist vom Bildungsgrade abhängig. Die Zahl der richtigen Auffassungen ist im allgemeinen in der Dementia praecox herabgesetzt, die Zahl der Fehler dagegen fast stets und oft sehr beträchtlich vermehrt. Bei den Merkversuchen zeigt die Klarheit des Eindrucks nicht die bei Gesunden nachweisbare anfängliche Steigerung, sondern sinkt unter gleichzeitigem Anwachsen von Fehlervorgängen sehr bald unter diejenige der Auffassung. Die wesentlichen Störungen des Auffassungs- und Merkvorganges bei der Dementia praecox lassen sich auf eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit und das Hervortreten von Befehlsautomatie und Stereotypie zurückführen. Die Aufmerksamkeitsspannung dieser Kranken ist nicht nur weniger stark, sondern geht auch langsamer vor sich. Die Fähigkeit, reproduktive Elemente des Bewußtseins von äußeren Wahrnehmungen zu unterscheiden, ist bei den Kranken auf Grund ihrer Aufmerksamkeitsstörung vermindert. Diese Störungen sind im allgemeinen stärker in den akuten, mit lebhaften Erscheinungen verlaufenden Abschnitten der Krankheit als in den chronischen und abgelaufenen Fällen. Die Übungsfähigkeit der Kranken ist herabgesetzt.

Giannelli (63) sah zwei seit mehreren Jahren an Dementia praecox Erkrankte plötzlich, ohne Vorboten, ohne Konvulsionen innerhalb weniger Minuten sterben. Sektion negativ.

Haberkant (69) veröffentlicht hier zwei Fälle von Dementia praecox mit Osteomalacie aus Stephansfeld und bemerkt, daß es sich auch in den beiden Fällen von *Finkelnburg* und den fünf Fällen von *Wagner von Jauregg* fast ausnahmslos um Dementia praecox handelt. Auch die 18 Fälle von *Bleuler* sprechen dafür, daß Osteomalacie ausschließlich bei Idiotie und Dementia praecox und den Komb nationen beider Psychosen zu finden ist. *H.* stellt im ganzen 34 Fälle von echter Osteomalacie und Dementia praecox zusammen. Es scheint die Regel zu sein, daß die psychischen Veränderungen den Körperveränderungen vorausgehen. Das gemeinsame Vorkommen beider Affektionen, ebenso wie Basedow und Dementia praecox, spricht dafür, daß auch die Dementia praecox eine Stoffwechselkrankheit ist. — *H.* macht dann darauf aufmerksam, daß auch sehr oft eine deutliche symptomatische Ähnlichkeit zwischen Basedow-Irresein und Dementia praecox besteht, ja es scheine, als ob die Dementia praecox die einzige bei Morbus Basedowi auftretende Psychose sei, die in reinen, nicht atypischen Formen auftritt. Auch bei Myxödem tritt, wenn es zu Psychosen kommt, oft Dementia praecox auf. Das allen diesen ätiologisch noch dunklen Symptomenkomplexen Gemeinsame ist die Störung im Generationsstoffwechsel. Daher bevorzugen auch Osteomalacie, Basedow, Myxödem und Katatonie das weibliche Geschlecht. Dementia praecox gelangt nicht so selten beim Einsetzen der ersten Menstruation zum Ausbruch, und Störungen der Menstruation sind gerade bei Dementia praecox häufig. Die Hauptform der Puerperal-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychosen ist die Katatonie; ihre Häufigkeit wird dabei bis zu 53% angegeben. *Kraepelin* fand bei seinen weiblichen Katatonien in 24% Schwangerschaft oder Puerperium als ätiologisches Moment. *H.* hält nicht für ausgeschlossen, daß der osteomalacische Stoffwechsel in der Ätiologie der puerperalen Katatonien eine gewisse Rolle spielt. Immerhin bleibt die Osteomalacie im Verlauf der Dementia praecox ein seltenes Vorkommnis.

Lomer (112) betont, daß wir eine wirklich einwandfreie Methode der Intelligenzprüfung noch nicht besitzen; das tatsächliche Einsetzen eines Verblödungsprozesses können wir in seinen ersten Anfängen noch nicht exakt feststellen. Wir müssen uns oft noch auf den subjektiven Gesamteindruck verlassen. Die Kriterien einer Heilung akuter Prozesse stehen auf sehr unsicheren Füßen. Man muß daher großen Wert legen auf eine Reihe körperlicher Begleiterscheinungen, die häufiger oder seltener mit dem inneren Prozeß der Verblödung Hand in Hand gehen. Diese liegen auf vasomotorischen, sekretorischen und auf dem Gebiete der Ernährung. Dahin rechnet *L.* das dauernde Blaßbleiben der Haut, die Kälte und das dunkel-zyanotisch-gedunsene Aussehen der Hände und Füße, Schuppen der Haut, Hornhautschwielen. Die Zyanose sei stets ein Signum mali ominis, ein Zeichen dafür, daß die Verblödung bereits weit vorgeschritten ist. Auch der Speichelfluß gilt *L.* als von übler Vorbedeutung, zumal wenn er ganz frühzeitig auftritt. Seborrhöe des Gesichts und Schuppenbildung der Kopfhaut sind von nur nebensächlicher Bedeutung. Dagegen ist auffallend rasches Fettwerden wieder von böser Prognose.

Meyer (119) rät, einstweilen an der Nomenklatur *Kraepelins* festzuhalten, wenn es auch nicht gerade zur Förderung wissenschaftlicher Forschung diene, da wir jetzt unter den sogenannten funktionellen Psychosen eigentlich nur noch zwei getrennte Krankheitsformen haben, die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein, denn Amentia und Paranoia fristen nur noch ein kümmerliches Dasein. Zu einer befriedigenden Lösung der Abgrenzung und Einteilung der Dementia praecox wird nur die pathologisch-anatomische Untersuchung führen. Doch will *M.* dabei auch nicht die Bedeutung der experimentellen psychologischen Forschung und der klinischen Beobachtung unterschätzen! *M.* hat früher von der katatonischen Untergruppe der Dementia praecox gesagt: Die Prognose ist ernst, aber keineswegs absolut ungünstig; in einem erheblichen Bruchteil der Fälle tritt Wiederherstellung für Jahre ein; er glaubte nach seinen Erfahrungen in $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{4}$ der Gesamtzahl. Er kommt hier nochmals auf die 46 Fälle seiner zweiten Arbeit (Archiv Bd. 32) zurück, die er in Tübingen beobachtete. Von 10 der betreffenden Kranken hat er jetzt, d. h. nach Jahren, die Nachricht erhalten, daß sie ganz oder doch nahezu gesund erscheinen, ihrem Beruf nachgehen, Wochenbetten ohne Rückfall überstanden haben usw. Zu ähnlichen Resultaten ist er in Königsberg gelangt. Hier wurden in 3 Jahren 170 Kranke der Dementiagruppe in die Klinik aufgenommen, 12,8% sämtlicher Aufnahmen und zwar 36 Katatonien, 116 Hebephrenien und 18 Dementia paranoides. Auch hiervon genasen $\frac{1}{6}$ der Fälle, $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{4}$ der Katatonie-Gruppe. *M.* hat den Eindruck, daß schnelles Beginnen und langsames Abklingen den prognostisch günstigsten Verlauf darstellen. Daß hereditäre Belastung oder



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Invalidität des Gehirns von Haus aus nicht ohne weiteres für den Krankheitsausgang besonders ungünstige Momente bilden, scheint gewiß.

Ossipow (132) betrachtet auf Grund seines Materials und der in der Literatur enthaltenen Angaben die Erblichkeit als einen Faktor, der keine ausschlaggebende Rolle in der Ätiologie der Katatonie spielt. Die Katatonie ist nach *O.* eine Erkrankung des gesunden Gehirns, bei deren Entstehung Übermüdung, Erschöpfung und Ernährungsstörungen (die vielleicht mit einer Autointoxikation verbunden sind) des Zentralnervensystems, namentlich des Gehirns, die Hauptrolle spielen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Pick (138) beobachtet einen Kranken, der offenbar infolge einer Hyperästhesie der peripheren Retina es höchst peinlich empfindet, wenn plötzlich Gegenstände in sein äußeres Blickfeld hineinkommen. Er muß dann, ohne zu wollen, die Augen auf diesen Gegenstand richten, auch seine Gedanken müssen sich darauf wenden, sich mit diesem Gegenstande beschäftigen. Von einer Reizung im Kortex kann dabei keine Rede sein. *Pick* will nun auf eine solche periphere Hyperästhesie der Retina gewisse katatone Bewegungs- und Haltungsanomalien zurückführen, auch eine solche Hyperästhesie mit den verschiedenen Echoerscheinungen in ursächlichen Zusammenhang bringen. Er spricht daher von scheinbar psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken.

Raecke (147) zeigt hier an 10 Krankheitsfällen, 2 Mädchen und 8 Jungen, im Alter von 12 bis 15 Jahren, daß Katatonie auch bei Kindern vorkommt; sie weicht in ihren Hauptzügen nicht von der Katatonie der Erwachsenen ab. In der Regel läßt sich dabei eine angeborene psychische Minderwertigkeit als Grundlage nachweisen, auf welcher sich die Psychose entwickelte, während äußere Ursachen keine wesentliche Rolle spielen. Manche sogenannte Imbezille mit katatonen Symptomen mögen bereits in der Kindheit einen Anfall von Katatonie durchgemacht und dabei ihre Geistesschwäche ganz oder zum größten Teil erworben haben. Das Bestehen einer imbezillen Grundlage hat auf das äußere Krankheitsbild und die Prognose der Katatonie keinen merklichen Einfluß.

Sante de Sanctis (164) hat bereits 1906 in der Rivista sperimentale di frenetri. einige Fälle von Dementia praecox im 6., 7. und 10. Lebensjahre veröffentlicht Dieses Mal kann er einen Fall bei einem Kinde von 3 Jahren bringen, das nach einem heftigen plötzlichen Schreck — das Kind sah, wie die Mutter durch Überfahren schwer verletzt wurde — an Katatonie erkrankte und jetzt nach Jahresfrist noch krank ist. *S.* glaubt sich daher berechtigt, von einer kindlichen katatonen Form der Dementia praecox, d. h. von einer Dementia praecocissima catatonica, zu sprechen.

Schönfeld (168) will an zwei selbst beobachteten Fällen den Nachweis bringen, daß Trauma Dementia praecox verursachen kann. Die beiden Kranken waren bis dahin geistig völlig gesund, sind erblich nicht belastet. Der eine, ein Lokomotivführer, fällt von seiner Maschine auf den Kopf, ohne das Bewußtsein zu verlieren; nach einigen Tagen Beginn der Erkrankung. Der andere, ein Tagelöhner, fällt von einem hohen Gerüst, bleibt mehrere Stunden bewußtlos, um dann, ohne wieder


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klar zu werden, allmählich das Bild der Katatonie zu bieten. Sonstige Ursachen in beiden Fällen nicht nachweisbar.

Schulze (171) konnte bei Durchsicht von 142 Dementia praecox - Krankengeschichten bei 67,6% der Männer und 52,1% der Frauen eine psychopathische Konstitution vor der Erkrankung nachweisen. Meistens handelte es sich dabei um stille, scheue Charaktere, seltener um reizbare, schrullenhafte Charaktere. Diese psychopathische Konstitution war auf die drei Unterklassen der Dementia praecox ziemlich gleichmäßig verteilt. Bei der hebephrenischen und katatonischen Form überwiegen die scheuen, stillen, verschlossenen Charaktere, bei der paranoiden Form die reizbaren, schrullenhaften, nervösen.

Tyson und *Clark* (199) wollen bei Dementia praecox fast immer eine Veränderung der Papillen beobachten, Hyperämie der ganzen Papille oder der nasalen Seite. Der Pupillenreflex fehlt fast immer. Die Empfindlichkeit der Hornhaut ist ebenfalls verändert. Verf. sprechen sich deshalb für Autointoxikation als Ursache der Dementia praecox aus.

Woltär (217) weist darauf hin, daß, wie bei Paralyse und Dementia senilis, auch im Vorstadium der Dementia praecox allerlei neurasthenische Beschwerden beobachtet werden.

Wieg-Wickenthal (212) hat für die „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten", herausgegeben von *Hoche*, das Wissenswerteste über die Dementia praecox kurz zusammengestellt. Die Frauenabteilung der Landesirrenanstalt Gugging lieferte das Material für eine ausführliche Symptomatologie und eine reichliche, meistens sehr instruktive Kasuistik. Auch die Differentialdiagnose wird ausführlich besprochen. Verf. steht auf dem Standpunkt von *Kraepelin*. Das Werkchen eignet sich vor allem für den Nichtfachmann.

Wolff (216) schlägt vor, an Stelle des von *Bleuler* und *Jahrmärker* vorgeschlagenen Namens Schizophrenie lieber einen Namen zu wählen, der nur als Etikette dient, der nichts über das eigentliche Wesen der Krankheit ausdrückt. Er selbst schlägt vor, Dysphrenie für Dementia praecox zu sagen und die bisherigen drei Unterformen beizubehalten als Dysphrenia hebephrenica, catatonica und paranoides.

Gregor und *Zaloziecki* (67) raten, um zu sehen, ob bei anscheinend totalem Stupor noch geistige Tätigkeit stattfindet, das Gefäßsystem des Kranken und seine Atembewegungen zu prüfen in ihrer Reaktion auf chemische, Wärme-, verbale und andere Reize. Die nötigen Versuche geben sie an und zeigen ihre Erfolge an einem instruktiven Fall.

Zweig (227) kommt zu folgenden Schlüssen: die Dementia praecox ist eine Erkrankung, welche in jedem Lebensalter einsetzen kann. Prinzipielle Unterschiede zwischen den in der Jugend und den im höheren Alter einsetzenden Fällen existieren nicht. Die Prognose der jenseits des 30. Lebensjahres einsetzenden Erkrankung ist im allgemeinen günstiger als die der Fälle in jüngeren Jahren. Eine Dementia tardiva abzugrenzen, liegt kein genügender Grund vor.

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

f) Sonstiges.

Arnaud (8) spricht sich für das Zusammenvorkommen von Delirien und Maladie des obsessions, der Psychasthénie, aus. Die Delirien können auftreten ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem Grundleiden, aber auch eine akute Weiterentwickelung des letzteren darstellen. Zu Zwangsideen und Zwangshandlungen können sich später paranoide Ideen hinzugesellen. Von letzteren Zuständen bringt *A.* hier drei interessante Fälle.

Birnbaum (21) hat hier einen Teil des reichen Materials, das die Herzberger Anstalt an Degenerierten beherbergt, verarbeitet, 109 Krankengeschichten erhalten wir. Er bespricht zunächst die wahnhaften Ideen in inhaltlicher und formaler Beziehung, ihre Stellung innerhalb des Gesamtbildes, und die Sinnestäuschungen. Dann schildert er den Verlauf der degenerativen Wahnpsychose, um sich im zweiten Teil des Werkes ausführlich mit den Wesenseigentümlichkeiten der degenerativen Wahnvorgänge zu beschäftigen. Nacheinander bespricht er die Beziehungen des Wahnvorganges zu äußeren Faktoren, die Wesensart des Wahnvorganges im allgemeinen und seine Beziehungen zur degenerativen Eigenart, die Wesensart der wahnhaften Ideen im speziellen: wahnhafte Einbildungen, die Beziehungen der wahnhaften Einbildungen zur degenerativen Eigenart, die Beziehungen der degenerativen Wahnpsychosen zu nahestehenden Krankheitsformen und zur Simulation, sowie ihre Abweichungen von anders gearteten Psychosen; die pathologischen Schwindler, die Hysterie, andere Wahnpsychosen auf degenerativer Basis, die Epilepsie, die Dementia praecox und die Paranoia.

Burr (34) beschäftigt sich hier nur mit der *Sydenham*'schen Chorea, Die Kranken zeigen, auch schon bei mildem Auftreten der Chorea, eine gewisse Reizbarkeit, Verdrießlichkeit, Mangel an Aufmerksamkeit, steigenden Egoismus. Das ist eine Gruppe, nach *Burr.* Eine zweite Gruppe zeigt außer den genannten Symptomen noch nächtliches Aufschreien, Angst, Halluzinationen. Bei beiden Gruppen tritt oft, körperlich und geistig, Heilung ein. Eine weitere Gruppe hat ausgesprochenes Delirium mit Fieber, dabei tritt häufig Tod ein. Eine vierte, kleine Gruppe zeigt Stupor und akute Demenz, mitunter nach Delirium. Sie zeigt gewöhnlich Störungen der Artikulation, unabhängig von der Chorea, infolge von geistiger Schwäche. Kranke dieser Gruppe sterben auch häufig, oder heilen körperlich, bleiben aber dement. *Burr* bringt einzelne Krankengeschichten zur Erläuterung. Er glaubt übrigens nicht an eine Chorea insaniens, sondern will nur von Geisteskrankheiten reden, die bei Chorea vorkommen. Dagegen glaubt er, daß Demenz bei *Huntington*scher Chorea dureh diese bedingt ist.

Carrier (36) berichtet über zwei Fälle von Verwirrtheitszuständen bei *Basedow*, im ersteren kommen eventuell Alkoholexzesse als prädisponierende Ursache in Betracht, beim zweiten bestand hereditäre Belastung.

Heller (76) will nicht entscheiden, ob Dementia praecox bereits im Kindesalter vorkommt, dazu sei noch nicht genügend Material vorhanden. Deshalb bringt er hier sechs Fälle, die an Dementia praecox erinnern, unter der Bezeichnung Dementia infantilis. Diese ist dadurch gekennzeichnet, daß nach einer Periode


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

normaler oder doch annähernd normaler geistiger Entwicklung, zumeist im dritten oder vierten Lebensjahre, bald unter stürmischen Erscheinungen, bald mit schleichendem Verlauf, eine schwere Verblödung eintritt, welche unter dem Bilde tiefer Idiotie endet. Die Krankheit ist eine psychotische, es scheiden als nicht hierher gehörig aus jene Fälle, bei denen die Verblödung nach akuten Krankheiten, Konvulsionen oder infolge nachweisbarer Traumen eintritt. In den Fällen von *Heller* spielt Erblichkeit keine Rolle, auch nicht Syphilis. Die Krankheit betraf immer nur ein Kind der betreffenden Familie. Erschöpfungszustände lagen nicht vor, wie in den Fällen von akuter Demenz von *Emminghaus* und anderer Autoren, die ja auch in Heilung ausliefen.

Knapp (96) berichtet über eine sehr interessante mühevolle Entlarvung eines Simulanten, dem es gelungen war, um eine Rente zu erzielen, jahrelang einen Stupor vorzutäuschen.

Knapp (98) zieht hier nur solche somatische Erscheinungen in Betracht, die in direktem Zusammenhang mit der psychischen Störung aufgetreten sind bzw. als Ausfluß von spezifischen, der Psychose zugrunde liegenden Prozessen aufgefaßt werden müssen. Diese glaubt man sonst auf demonstrable organische Prozesse zurückführen zu müssen. Man erwartet sie demnach nicht bei den sogenannten funktionellen Psychosen. Wir sind noch weit davon entfernt, den Zusammenhang zwischen psychotischen Prozessen und somatischen Begleiterscheinungen erklären zu können. Bei einem Teil der letzteren kann es nicht zweifelhaft sein, daß sie auf kortikalen, subkortikalen, spinalen Gleichgewichtsstörungen, vielleicht auch auf solchen, die sich im sympathischen Nervensystem abspielen, beruhen. *Knapp* bespricht dann hier die Störungen der Pupillenreflexe, Sehnenreflexe, des Muskeltonus, der Sensibilität, Motilität, Sprache, Schrift, Sekretion, des Gefäßsystems, der Temperatur. Den Schluß bilden die trophischen Störungen und Störungen des Gleichgewichts. Er bringt eine ganze Reihe von kurzen Krankengeschichten bei. Darin hat er recht, wenn er sagt, daß man die Häufigkeit, die Vielgestaltigkeit und die Bedeutung der körperlichen Symptome noch immer unterschätzt. Die von *K.* besprochenen Störungen treffen wir fast nur bei solchen funktionellen Psychosen, bei welchen psychomotorische Reiz- und Ausfallerscheinungen in die Augen springen. Das Auftreten dieser körperlichen Symptome, selbst das Vorkommen des *Westphal*schen Phänomens, von Reflexdifferenzen, von Silbenstolpern macht die Prognose nicht absolut ungünstig. Nur die Pupillenstörungen scheinen nach *Knapp* regelmäßig ein Signum mali ominis zu sein.

Löwy (111) will Hypochondrie am sinngemäßesten als ängstliche Besorgtheit um das eigene Befinden und um die eigene Gesundheit übersetzen. Die echte Hypochondrie ist eine Form der funktionellen Neurose, meist der Neurasthenie, zum Teil auch der Hysterie; sie wird charakterisiert durch die ängstliche Besorgtheit um das eigene Befinden und spiegelt so die Hauptwurzeln der Neurose: die Herabstimmung, Schwäche und den Egozentrismus wieder. Hypochondrische Äußerungen und Erscheinungen finden sich auch bei Psychosen, besonders bei den Demenzpsychosen, welche nicht selten mit Herabstimmung und Egozentrismus einhergehen. Durch die Art des Egozentrismus der Demenzpsychosen (Egozentrismus


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus Verlust der allgemeinen und sachlichen Interessen) und durch die übrigen Symptome der Psychose ist meist, wenn man nur an das Bestehen einer Psychose denkt, die Unterscheidung möglich. Die Beachtung der Wurzeln des Egozentrismus ist also ein wichtiges differential-diagnostisches Mittel zur Erkennung der echten Neurosen und der Hypochondrie.

Ramadier und *Marchand* (149) haben sich der Mühe unterzogen, längere Zeit bei allen Autopsien die Glandula thyreoidea zu untersuchen. Bei Geisteskranken aus Kropfgegenden findet man, wie zu erwarten, häufig Veränderungen der Drüse. Verf. kommen zu dem Schluß, daß, abgesehen von Myxödem und Kretinismus, ein Zusammenhang zwischen den verschiedenen Geisteskrankheiten und der Schilddrüse nicht nachweisbar ist.

Redepenning (150) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß die große Menge der sogenannten abgelaufenen Fälle in den großen Anstalten noch der genaueren Untersuchung harren, und betont, daß dieselben noch viel Interessantes beherbergen. Er zeigt dies hier an 8 Fällen, Epileptiker, chron. Paranoia, Dementia praecox, Degenerierten, die er nach dem Schema, das in der *Ziehen*schen Klinik üblich ist, auf Gedächtnis, Merkfähigkeit, Urteil usw. untersucht hat. Der schematischen Feststellung entzieht sich aber und Sache der Beobachtung bleibt der Nachweis: wie weit im einzelnen Fall diejenigen psychischen Elemente von der Krankheit betroffen sind, die für das sichtbare Kennzeichen geistiger Tätigkeit, für die produktive Verwendung der Urteile die Grundlage bilden. — Die Kranken, welche wir gewöhnlich als abgelaufene Fälle zu bezeichnen pflegen, haben Einbuße erlitten an jenen Elementen, deren Vorhandensein die wesentlichste Bedingung dafür ist, daß wir im Getriebe der sozialen Gemeinschaft die unserer Leistungsfähigkeit entsprechende Stellung gewinnen und erhalten.

Rosenfeld (160) hat bereits früher auf von Zeit zu Zeit auftretende sogenannte vasomotorische Störungen an verschiedenen Körperstellen hingewiesen, wodurch verschiedenartige, oftmals recht bedrohliche Symptomenkomplexe zustande kommen und wobei allerlei psychische Störungen beobachtet werden, z. B. Neigung zu Eigenbeziehungen, übertriebene Sorge und Ängstlichkeit für die Angehörigen, Insuffizienzgefühl bei fortwährender Bemühung, gegen dasselbe anzukämpfen, Selbstvorwürfe wegen unzweckmäßiger Lebensweise oder Schädigung der Gesundheit durch allerhand äußere Umstände, intensives Krankheitsgefühl mit Angstzuständen, Furcht vor Herzschlag, vor Geistesstörung, dabei keine psychomotorische Hemmung, reichliche sprachliche Produktion, gesteigerte Ausdrucksbewegungen bei erhaltener Krankheitseinsicht. In der Rekonvaleszens dieser Fälle tritt gelegentlich ein Stadium zutage, in welchem die Leistungsfähigkeit gesteigert erscheint und die Stimmung leicht gehoben ist. *R.* bringt hier jetzt acht weitere hierhergehörige Fälle; es handelt sich dabei nur um Frauen im Alter von 31—52 Jahren.

Schroeder (169) weist mit Recht darauf hin, daß Basedow und Psychose koordiniert, Folge einer neuropathischen Disposition sein können, die Psychose also nicht durch den Basedow verursacht ist. Er erwähnt dabei einen Fall, wo während einer zirkulären Depression eine transitorische Schilddrüsenvergrößerung eintrat. Er verfügt über 19 eigene Beobachtungen, — in 13 Fällen lag vollentwickelter


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Basedow vor, in den übrigen nur rudimentäre Formen. Nur in 2 Fällen war der Basedow vor der Psychose nachweisbar, 1 zirkuläre Depression und 1 paranoide Dementia praecox. In den übrigen Fällen trat der Basedow nach der Psychose auf, in 5 Dementia praecox, 1 Hysterie, der Rest manisch-depressives Irresein. Die 5 Dementia praecox-Fälle, die *Schroeder* ausführlich mitteilt, weichen alle sehr voneinander ab; die Basedow-Symptome traten in den verschiedensten Entwickelungsphasen der psychischen Erkrankung auf, Neurose und Psychose schienen völlig unabhängig voneinander zu sein. Die Manisch-Depressiven hatten fast alle bereits früher ihre Psychose gehabt, ohne Basedow-Erscheinungen. Andere zeigten während der psychisch freien Zeiten Rückgang der Basedow-Symptome. Da übrigens Basedow in Riga sehr häufig vorkommt, und da von 1000 weiblichen Aufnahmen nur 2 vor Ausbruch der Psychose Basedow zeigten, so müßte daraus folgen, daß die Basedow-Kranken kaum im beträchtlichen Maße zu psychischer Erkrankung neigen. In den beiden Fällen, wo Basedow vor der Psychose bestand, folgte die Psychose sehr spät, 13 resp. 20 Jahre nach Ausbruch der Neurose.

Thomsen (192) sieht sich genötigt, seine im Jahre 1892 (Arch. f. Psych. Bd. 27) dargelegten Anschauungen über Zwangsvorgänge auf Grund seiner weiteren Erfahrungen einer Revision zu unterziehen. Er bringt hier 11 ausführliche zum Teil sehr interessante Krankengeschichten. Er ist jetzt zu folgendem Resultat gekommen: 1. Die *Westphal*sche Begriffsbestimmung der „Zwangsvorstellungen" ist, sofern man darunter eine selbständige bestimmte psychische Störung versteht mit einigen Ergänzungen resp. Interpretationen festzuhalten. 2. Alle übrigen „Zwangsvorgänge" verdienen nur dann diese Bezeichnung, wenn sie sich in Anschluß an echte Zwangsvorstellungen (*Westphal*) entwickeln oder aus ihnen hervorgehen. 3. Wo echte Zwangsvorstellungen oder Zwangsvorgänge längere Zeit in ausgesprochener Weise ohne anderweitige psychische Komplikationen bestehen, da darf man mit Recht von einer „Zwangsvorstellungspsychose" sprechen. 4. Die Beziehungen der Zwangsvorgänge zur Hysterie scheinen intimer Art zu sein. 5. Alle nicht den echten Zwangsvorgängen zugehörigen ähnlichen Symptomenkomplexe sind besser als „Obsessionen" zu bezeichnen.

3. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref. L. W. Weber - Göttingen.

1. *Abraham*, Verwandtenehe und Neurose. Neurol. Zentralbl. Nr. 23. S. 1150. (S. 174*.)

2. *Abraham, K.*, Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralbl. für Nervenheilk. und Psych. 31. Jahrg. 19. Bd. S. 521—533. (S. 169*.)

2a. *Andrew, Mc Cosh.*, Observations on the treatment of exophthalmic goitre. Medical record B. 74, Nr. 12 (S. 180*).


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

3. *Anglade* et *Jacquin*, Sur la forme dite cardio-vasculaire de l'épilepsie. Annal. méd.-psych. Nr. 1. p. 27. (S. 157*.)

4. *Apelt*, Basedow im Anschluß an nicht eitrige Thyreoditis acuta. Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, (S. 179*.)

5. *Auerbach*, Klinisches und Anatomisches zur operativen Epilepsiebehandlung. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurgie, Bd. 19, und Neurol. Zentralbl. S. 641. (S. 164*.)

6. *Austregésilo*, A. (Rio), Novas concepcoes sobre a hysteria. Arch. Brasileiros de Psychiatria. IV. Nr. 1 u. 2. P. 52, (S. 166*.)

7. *Banks Raffle*, *A.*, Some notes on status epilepticus and its treatment. The journ. of mental science. Vol. LIV. Nr. 224. 1908. S. 94. (S. 162*.)

8. *Baugh*, Observations on insane epileptics treated under hospital principles. Journ. of ment. science. Bd. 54. P. 518. (S. 164*.)

9. *Baumann*, Zur Therapie der Basedowschen Krankheit. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 20. (S. 180*.)

10. *Bechterew*, *W. M.*, Über die Beziehungen zwischen der psychischen und nervösen Erkrankungen. — Obosrenje (Revue) psychiatrii, nevrologii i experimentalnoj psychologii. 1908. Nr. 1.

11. *Behr*, *V.*, Der epileptische Tod. Aus Reichhardt, Arbeiten aus der psychiatr. Klinik zu Würzburg. Heft 3. Jena, G. Fischer. 1908. (S. 159*.)

12. *Bence* u. *Engel*, Veränderungen des Blutbildes bei Myxödem. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25. (S. 179*.)

13. *Bernhardt*, *M.* (Berlin), Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 27, S. 1169 bis 1172. (S. 180*.)

14. *Bernheim*, Neurasthénies et psychonévroses. Paris, O. Doin. 75 S. (S. 171*.)

15. *Beyer*, *E.*, Mehr Nervenheilstätten. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 4. (S. 177*).

16. *Bing*, *Robert* (Basel), Indikationen und Grundsätze für die medikamentöse und diätische Behandlung der Neurastheniker. Therapeut. Monatshefte Juli. (S. 177*.)

17. *Bing*, *Robert* (Basel), Über den Begriff der Neurasthenie. Med. Klinik. Nr. 5. (S. 171*.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

18. *Bing*, *Robert* (Basel), Neuere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Epilepsie. Med. Klinik. Nr. 45, S. 1732 (Sammelref. über einige Arbeiten).

19. *Bjelitzky*, Zur Frage der neurasthenischen Psychosen. Obosrenje (Revue) psychiatrii, nevrologii i experimentalnoj psychologii. 1908. Nr. 2.

20. *Bouché*, Behandlung der Epilepsie. Journ. de Bruxelles. Nr. 3[illegible] Ref.: Deutsche med. Wochenschr. S. 1443.

21. *Bratz*, Zur Ätiologie der Epilepsie. Neur. Zentralbl. Nr. 2[illegible] S. 1063. (S. 155*.)

22. *Breuer*, *Jos.*, und *Freud*, *Sigm.* (Wien), Studien über Hysterie. 2. unv. Aufl. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 1909. 269 S. 7 M. (S. 165*.)

23. *Bresler*, *J.* (Lublinitz), Zur Symptomatologie der Epilepsie. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 30. (S. 159*.)

24. *Brown*, A case of narcolepsie. Journ. of ment. sience. Vol. 54. Nr. 224. S. 107. (S. 161*.)

25. *Brunon*, *Raoul*, Epilepsie et régime alimentaire. Le Bull. méd. Ann. 22 No. 82. P. 901.

26. *Brügelmann*, Die Migräne, ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Behandlung resp. Heilung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 51 S. (S. 160*.)

27. *Buschan*, Schilddrüsenbehandlung. Jahrb. d. ges. Heilkunde. Neue Folge. VI. 1908. (S. 180*.)

28. *Bürgi*, Pharmakologie des Broms und seiner Verbindungen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 21. (S. 162*.)

29. *Capelle*, Ein neuer Beitrag zum Basedow-Thymus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. (S. 179*.)

30. *Carrier*, Troubles mentaux et maladie de Basedow. L'encéphale. No. 10. (S. 179*.)

31. *Carrison*, Über endemischen Kretinismus im Chitral- und Gilgithal. Royal soc. of mediz. question. Oktbr. (S. 181*.)

32. *Caro*, Blutbefunde bei Morbus Basedowii und bei Thyreoidismus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. (S. 179*.)

33. *Choroschko*, *W. K.*, Hysterische Hyperthermie oder Fieber? Obosrenje (Revue) psychiatrii, nevrologii i experimentalnoj psychologii. 1908. Nr. 10. (S. 168*.)



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

34. *Claude*, *H.*, und *Schmiergeld*, *A.*, Veränderungen der Schilddrüse bei Epilepsie. (Société de Biologie. 11. Juli.) Ref. Klin.-therap. Wochenschr. (S. 179*.)

35. Dieselben und *Blanchetiere*, *A.* (Paris), La résistance globulaire et le pouvoir hémolytique du sérum chez les épileptiques. L'encéphale, journal mensuel du neur. et de psych. 1908. No. 3. S. 252. (S. 154*.)

36. *Comer*, *Lewis*, *A.*, The occurence of epileptiform attacks in Diabetes mellitus. Medical Record. No. 20. (S. 161*.)

37. *Donath*, *J.* (Budapest), Über hysterische Amnesie. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 44. H. 2. S. 559. (S. 168*.)

38. Derselbe, Hysterische, schlafähnliche Zustände. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 50. (S. 168*.)

39. *Mac Dougall*, *Alan.*, On the principles of the treatment of epilepsy. The Journ. of ment. science. Vol. 54. No. 227. P. 718. (S. 164*.)

40. *Dubois*, *P.* (Bern), Les Psychonévroses et leur traitement moral. Paris, Masson et Cie. 3. édition. 559 S. (8 fr.). (S. 170* u. 177*.)

41. *Dunger*, Über akute, nicht eitrige Thyreoiditis. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36. (S. 179*.)

42. *Dupré*, *E.*, et *Charpentier*, *R.*, „Des psychopolynévrites chroniques". L'encéphale. 1908. No. 4. S. 289.

43. *Edmunds*, Treatment of Graves disease with the milk of thyroidleß goats. Lancet, 25. Jan. (S. 180*.)

44. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Zur diätischen und pharmazeutischen Epilepsiebehandlung in der ärztlichen Privatpraxis. Med. Klin. Nr. 32. S. 1229. (S. 162*.)

45. Derselbe, Über Neurasthenie-Behandlung. Therapie d. Gegenw. S. 337. (S. 178*.)

46. *Ferenczi*, *Sandor*, (Budapest), Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 35 u. 36. (S. 174*.)

47. *Fischer* und *Hoppe*, *J.*, Über Anwendung des Veronalnatriums. Therapie d. Gegenw. Nr. 12. (S. 163*.)

48. *Flatau*, *Gg.* (Berlin), Epilepsiebehandlung des praktischen Arztes. Therapie d. Gegenw. H. 2. (S. 162*.)

49. *Försterling* (Landsberg a. W.), Sexuelle Abnormität bei Stehltrieb. Allg. Zeitschr, f. Psych. Bd. 64. H. 6.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

50. *Feer*, Die idiopathischen Krämpfe (Spasmophilie) des Kindesalters. Korrespondenzbl. f. „Schweizer Ärzte". Nr. 22. (S. 156*.)

51. *Galli, Giov*, Sifilide, neurasthenia ed arteriosclerosi. Riforma med. Ann. 24. Nr. 16. (S. 175*.)

52. *Ganunschkin*, Über psychasthenische Charaktere. Sowremenn psychiatria. Dezbr. 1907. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 1099. (S. 172*.)

53. *Ganter* (Wormditt), Intelligenzprüfung bei Epileptischen und Normalen mit der Witzmethode. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. H. 6.

54. *Gerlach*, Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustand. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 4.

55. *Gluschkow, N. A.*, Untersuchungen des Geschmacks und des Geruchs bei Epileptikern. Newrologitschenski Wjestnik (Neurologischer Bote.) Bd. XIV. Lief. 3—4. 1908. (S. 158*.)

56. *Gobiet*, Beiträge zur Hirnchirurgie. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4. (S. 164*.)

57. *Gordon, Alf.*, Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. Revue Neurologique. 16. ann. (Erwähnt: Revue de psych. 11. P. XLI.) No. 18. P. 945.

58. *Gordon* und *Jagir*, Über das Blutbild bei Morbus Basedowii und Basedowoid. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46. (S. 179*.)

59. *Gowers, W. R.*, Das Grenzgebiet der Epilepsie, Ohnmachten, Vagusanfälle, Vertigo, Migräne, Schlafsymptome und ihre Behandlung. Übersetzt von L. Schweiger. Wien, Fr. Deuticke. 116 S. 3 M. (S. 160*.)

60. *Grasset, J.* (Montpellier), Histoire d'un déserteur voyageur. L'encéphale. Ann. 3. No. 10. P. 370. (S. 159*.)

61. *Grober, J.* (Jena), Zum erblichen Auftreten der Basedowschen Krankheit. Med. Klin. Nr. 33. S. 1262. (S. 179*.)

62. *Grünwald*, Zur Frage des Bromgehalts im Epileptikergehirn. Arbeiten aus dem Wien. neur. Institut. XV. S. 455. (S. 163*.)

63. *Guidi, Guido*, Sulla patogenesi della epilepsia. Rivista sperimentale de Freniatria. Vol. XXXIV. P. 110—158.

63a. *Haerle-Marasch*, Zur Behandlung der Eklampsie mit Amylenhydrat. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21. (S. 163*.)

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

64. *Hamilton, A. S.* (Minneapolis), A report of twenty-seven cases of chronic progressive chorea. The americ. journ. of insanity 1908. Vol. LXIV. No. 3. p. 403.

65. *Handelsmann*, Experimentelle und chemische Untersuchungen über das Cholin und seine Bedeutung für die Entstehung epileptischer Krämpfe. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 35. S. 428. (S. 154*.)

66. *Hankeln* (Königsberg), Bromismus. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 3.

67. *Hajos*, Über nervöse Neigung zur Erkältung und nervöse Erkältung. Oroosok Lapja. 1908. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 1075. (S. 175*.)

68. *Hart, K.*, (Schöneberg-Berlin), Über Thymuspersistenz und apoplektiformen Thymustod nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Thymuspersistenz zur Basedowschen Krankheit. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 14. (S. 179*.)

69. *Haymann, H.* (Freiburg), Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung. Med. Klin. Nr. 50. S. 1910. (S. 163*.)

70. *Hartenberg, Paul*, Psychologie des neurasthéniques. Paris, F. Alcan. 248 S. 3,50 fr. (S. 172*.)

71. *Hellpach, W.* (Karlsruhe), Religiöse Wahnbildungen bei thyreogener Erregung. Zeitschr. f. Religionspsychol. 1908. (S. 180*.)

72. *Herrmann, Fr.*, Über psychische Störungen bei Chorea minor. Inaug.-Dissert. Kiel. 18 S. 70 Pf. (S. 176*.)

73. *Herz, M.* (Wien), Wanderherz und Neurasthenie. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9. (S. 174*.)

74. Derselbe, Die sexuelle psychogene Herzneurose (Phrenokardie). Wien und Leipzig, W. Braumüller. 1909. 63 S. 1,20 M. (S. 174*.)

75. *Hildebrandt, Aug.* (Berlin), Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Berlin. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 29. S. 1362. (S. 180*.)

76. *Holzinger, Jos.*, Über Assoziationsversuche bei Epileptikern. Inaug.-Dissert. Erlangen. (S. 157*.)

77. *Hoppe, H. H.* (Cincinnati), Idiopathic status hemiepilepticus and genuine focal epilepsy. Journ. of nerv. and ment. disease. No. 12. P. 737. (S. 157*.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

78. *v. Hösslin*, Über den Verlust der Sehnenreflexe bei funktionellen Nervenkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 50. (S. 176*.)

79. *Hufnagel*, Basedow im Anschluß an tuberkulöse Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 46. (S. 179*.)

80. *Hughes, C. H.*, Ailourophobia as a symptom of psychasthenia. The alienist and neurol. Vol. 29. No. 1. P. 64.

81. *Imboden*, Kombination von manisch-depressivem Irresein mit Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. S. 731.

82. *Isserlin, M.* (München), Die Erwartungsneurose. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 27. S. 1427—1429. (S. 175*.)

83. *Jaeger, Chr.*, Ein Beitrag zur Lehre der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche Chorea). Inaug.-Dissert. Kiel. 30 S. (S. 175*.)

84. *Jahnel, Fr.* (Prag), Ein Beitrag zur Geschichte des hysterischen Mutismus. Neur. Zentralbl. Nr. 11. S. 512. (S. 166*.)

85. *Jansky*, Zur Differentialdiagnose zwischen epileptischem und hysterischem Anfall. Casopis ces lék. 1907. S. 285. Ref. Neur. Zentralbl. 1908. S. 275. (S. 161*.)

86. *Jelliffe, G. E.* (New York), A contribution to the pathogenesis of some epilepsies. Journ. of nerv. and ment. disease. Vol. 35 No. 4. p. 243. (S. 155*.)

87. *Jones*, The significance of phrictopathic sensation. Journ. of nerv. and mental disease. Juli. (S. 176*.)

88. *Jung, C. G.* (Zürich), Die Freudsche Hysterietheorie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 23. S. 310. (S. 169*.)

89. *Jung*, Bedeutung der Lehre Freuds für die Neurologie und Psychiatrie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 7. (S. 173*.)

90. *Kamenetzki, P. M.*, Über kombinierte Formen der Basedowschen Krankheit. Wratschebuoja gazeta (Ärzte-Zeitung). 1908. No. 15.

91. *Kafka* (Prag), Gesichtsfeldeinschränkungen von hemianopischem Typus auf hysterischer Grundlage. Prager med. Wochenschr. Nr. 33. (S. 167*.)

92. *Kauffmann, M.* (Halle), Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. II. Teil: Die Epilepsie. Jena, Fischer. 199 S. 6 M. (S. 153*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

93. Derselbe, Zur Pathologie der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45. S. 2316. (S. 153*.)

94. *Kellner*, Die Heilerfolge bei der Epilepsie und die Notwendigkeit der Errichtung von Heilstätten für Epileptiker. Hamburg, O. Meissner. 0,60 M. (S. 162*.)

95. *Kiernan*, *J. H.* (Chicago), Hysteric stigmatisation from railroad accident suggestion. Alienist and neurol. No. 4. P. 459.

96. *Knopf*, *H. E.* (Frankfurt a. M.), Asthma und Stottern, zwei nahe verwandte Neurosen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. S. 2669. (S. 174*.)

97. *Kornrumpf*, *W.*, Über vasomotorische Krampfzustände und verwandte Erkrankungsformen. Inaug.-Dissert. Göttingen. S. 26. (S. 167*.)

98. *Köppen* und *Kutzinski*, Über Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit in Dämmerzuständen. Charité-Annalen. 32. Jahrg. S. 161. (S. 159*.)

99. *Kron*, Die Basedowsche Erkrankung und das Geschlechtsleben. Berlin. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 50. (S. 180*.)

100. *Kronthal*, *P.* (Berlin), Nerven und Seele. Jena, G. Fischer. 1908. (S. 173*.)

101. *Kronthal*, *P.*, Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 1. S. 167. (S. 173*.)

102. *Kühlmann*, *A.* (Basel), Beitrag zur Frage der Ammonshornveränderungen bei Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 3. S. 945. (S. 154*.)

103. *Laquer*, Über hysterische Taubstummheit. Neur. Zentralbl. Nr. 23. (S. 167*.)

104. *Laruelle*, *Leon.* (Liege), Les psychoses hystériques. Bulletin de la société de med. ment. de Belgique. No. 140/141. P. 245.

105. *Lépine*, *J.* (Lyon), Neurasthénie et neurasthéniques. Lyon Médical. 4. Okt. 1908. (S. 172*.)

106. *Lépine*, *J.*, Pathogénie des états neurasthéniques. Genf, A. Kündig. S. 35. (S. 172*.)

107. *Leppmann*, *F.*, Plötzlicher Tod im Badezimmer oder Vergiftung durch Verbrennungsgase? Epilepsie? Ärztl. Sachverst.-Ztg. S. 114. (S. 159*.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

108. *Leubuscher, P.* (Hoppegarten), Die Therapie der Epilepsie. Med. Klin. Nr. 11. S. 362. (S. 162*.)

109. *v. Leupold* (Stettin), Über eine eigenartige Form des Tremor bei Epileptikern. Sommers Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 3. H. 3 S. 234. (S. 157*.)

110. *Londe, P.*, L'asthénie de cause morale et la neurasthénie. La Clinique. 3. ann. No. 42. P. 664.

111. *Lots*, Nervöse Zustände. Neue Wege zu ihrer Erkenntnis und Behandlung. Berlin, O. Salle. S. 77. (S. 173*.)

112. *Löwenstein* (Herzberge), Differentialdiagnose des katatonischen und hysterischen Stupors. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 5.

113. *Lundborg, H.* (Upsala), Über die sogenannte metatrophische Behandlungsmethode nach Toulouse-Richet gegen Epilepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 44. H. 2. S. 452 u. H. 3. S. 1107. (S. 163*.)

114. *Magiotto*, Epilessia e malattie intercorrenti. Giorn. di psych. clin. XXXV. 3. (S. 161*.)

115. *Marchand, L.* (Blois), De l'épilepsie chez les déments précoces. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. 12. ann. Juin. 1908. No. 6. S. 221—236. (S. 161*.)

116. *Martin*, Elektromagnetische Therapie. Zeitschr. f. physik. und diätet. Therapie. H. 3.

117. *Matthies* (Dalldorf), Hysterischer Dämmerzustand mit retrograder Amnesie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 2.

118. *Meeus, Fr.* (Gheel), Épilepsie et délire chronique. Ann. med.-psych. Mai-Juni. S. 353. (S. 161*.)

119. *Meyer, E.* (Königsberg), Die Behandlung der Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. (S. 170*.)

120. *Meyer, E.*, Die Behandlung der Epilepsie in ihren verschiedenen Formen. Therap. Wochenschr. H. 1. (S. 162*.)

121. *Mittchell*, Report of a case of hysterical mutism. Journ. of nerv. and ment. disease. April. (S. 167*.)

122. *Modena, Gustav*, Psicopatologia ed etiologia dei fenomeni psiconeurotici. Rivista speriment. di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 657—670.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

123. *Mohr*, Das moderne „Zungenreden". Eine psychische Massenepidemie. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 8. 1908. (S. 170*.)
124. *Moriyasu*, Über Fibrillenbefunde bei Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 1. S. 84. (S. 154*.)
125. *Motti*, *Giulio*, Influenza del carbonato d'ammonio sul decorso dell' epilessia. Rivista speriment. di Freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 384--404. (S. 154*.)
126. *Mönkemöller*, Anna Katharina von Emmerich, die stigmatisierte Nonne von Dülmen. Zeitschr. f. Religionspsych.. H. 6. S. 254. H. 7. S. 299. (S. 166*.)
127. *Mörchen*, *Fr.* (Ahrw.), Zur Frage des „hysterischen Fiebers". Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 50. S. 2220. (S. 168*.)
128. *Müller*, *Ed.* (Breslau), Die Behandlung der Neurasthenie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2153. (S. 177*.)
129. *Nadoleczny*, *M.* (München), Die Sprachstörungen der Epileptiker. Med.-päd. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. XVII. Jahrg. H. 11—12. S. 138. (S. 158*.)
130. *Nass*, *L.*, Les Névrosés de l'historie. Paris. Librairie universelle. 3 fr. 50 c.
131. *Negro*, Epilepsie a forma coreica. Riv. neuropath. 7—8.
132. *Németh*, *O.* (Budapest), Die epileptischen Bewußtseinsstörungen in forensischer Beziehung. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 10. (S. 159*.)
133. *Neu*, Epilepsie und Gravidität. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XXVI. (S. 161*.)
134. *Nolda*, Einige Bemerkungen über Winterkuren, Winterklima, Wintersport im Hochgebirge. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therap. Bd. XII. (S. 178*.)
135. *Oerum*, Boraxbehandlung der Epilepsie. Med. Klin. Nr. 41. S. 1572. (S. 163*.)
136. *Oettinger*, *L.* (Denver), A case of recurrent autohypnotic sleep, hysterical mutism and simulated deafness; symptomatic recovery with development of hypomania. The journ. of nerv. and ment. disease. 1908. Vol. 38. Nr. 3. S. 129. (S. 168*.)
137. *Oppenheim*, Periodizität der nervösen Erkrankungen. Neur. Zentralbl. Jan. 1908. (S. 176*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

138. *Ossokin*, *N. E.*, Die Koshewnikowsche Epilepsie. Medizinskoj
Obosrenje. 1908. Nr. 1. (S. 156*.)

139. *Pappenheim*, Isolierter halbseitiger Zungenkrampf. Ein Beitra
zur Jaksonschen Epilepsie. Wien. klin. Wochenschr. 190
S. 165. (S. 155*.)

140. *Parhon* et *Goldstein*, État psychasthénique survenu chez u
jeune fille épileptique soumise au traitment thyroidien, dispa
raissant par la cessation du traitment réapparaissant pa
sa reprise. Revue neur. No. 1. (S. 161*.)

141. *Peritz*, Krankenvorstellung. Ticerkrankung. Berlin. kli
Wochenschr. Nr. 10. S. 524. (S. 177*.)

142. *Pexa*, *W.*, Die Kindertetanie und ihre Pathogenese. Klin. thera
Wochenschr. NW. 36. S. 954. (S. 156*.)

143. *Powels*, *Arthur*, Chorea und Geistesstörung. Inaugural-Disse
Königsberg. (S. 176*).

144. *Pribram* u. *Forges*, Über den Einfluß verschiedenartiger Diä
formen auf den Grundumsatz bei Morbus Basedowii. Wien
klin. Wochenschr. Nr. 46. (S. 179*.)

145. *Raab*, *A.* (Würzburg), Über Huntingtonsche Chorea. Inaugura
Dissertation. Würzburg 1908. (S. 175*.)

146. *Ramadier*, *J.*, et *Marchand*, *L.* (Blois). La glande thyroide ch
les aliénés. Encéphale. Nr. 8. P. 121. (S. 179*.)

147. *Rebizzi*, Subkutane Injektion des Bromkaliums. Semaine medical
Nr. 39. Refer.: Therapeut. Monatsber. Bd. 11. S. 343. (S. 163*

148. *Redlich*, *Emil* (Wien), Über ein eigenartiges Pupillenphänome
zugleich ein Beitrag zur Frage der hysterischen Pupill
starre. Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 315. (S. 167*

149. *Redlich*, *E.* (Wien), Epilepsie und Linkshändigkeit. Archiv f
Psych. Bd. 44. Heft 1. S. 59. (S. 155*.)

150. *Rennie*, Exophthalmic goitre combined with Myasthenia grav
Rev. of Neurol. and Psychiatry. Nr. 4. (S. 180*.)

151. *Reuter*, Ohnmachtsähnliche hysterische Anfälle. Elme es Iel
körtan. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 1086. (S. 168*

152. *Riedel*, Die Prognose der Kropfoperation bei Morbus Basedow
Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. (S. 180*.)

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

153. *Risch*, Die forensische Bedeutung der psychogenen Zustände und ihre Abgrenzung von der Hysterie. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 369. (S. 165*.)

154. *Risch*, Die Gehirnsperrung eine Schutzmaßregel des Zentralnervensystems. Zentralbl. für Nervenheilk. S. 561. (S. 165*.)

155. *Risch*, Zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. Heft 2.

156. *Rodiet*, *Pansier* et *Cans*, L'état du fond de l'œil chez les épileptiques. Annal. méd.-psych. September-Oktober. P. 239. (S. 158*.)

157. *Rodiet*, *Panser*, et *Cans*, Les manifestations oculaires pendant l'attaque d'hystérie. Revue médicale de Normandie v. 25. Juni u. 10. Juli. (S. 167*).

158. *Rohde*, Stoffwechseluntersuchungen an Epileptikern. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 95. (S. 153*.)

159. *Roubinovitsch*, Über die Behandlung der Epilepsie mit Injektionen von Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern. Soc. méd. des hôp. November (S. 163*.)

160. *Roubinovitsch*, Sur un cas d'acromégalie avec épilepsie. Gazette des Hôpitaux. 1059. (S. 162*.)

161. *Rosenfeld*, Psychische Störungen bei der vasomotorischen Neurose. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 137. (S. 177*.)

162. *Rudinger*, Eiweißumsatz bei Morbus Basedowii. Wien. klin. Rundschau. Nr. 46. (S. 179*).

163. *Rust*, *C.* (Sachsenberg), Hysterie und Wirbelbruch. Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1908. Nr. 15. S. 310. (S. 166*.)

164. *Sainton*, *P.*, et *Rathery*, *F.* (Paris), Troubles pupillaires et inégalité pupillaire temporaire a bascule dans le syndrome de Basedow. L'encéphale 1908. Nr. 7. P. 36. (S. 179*.)

165. *Salomon* u. *Almagia*, Über Durchfälle bei Morbus Basedowii. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 24.

166. *Sartorius*, *R.* (Frankfurt a. M.), Fürsorge für krampfkranke schulpflichtige Kinder. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. Bd. 36. Heft 2. S. 404. (S. 164*.)

167. *Savill*, Clinical lectures on Neurasthenia. London, H. Glaisher. 1908. 226 S. (S. 171*.)

168. *Senn*, *A.*, Leistungsfähigkeit der abdominalen Totalexstirpation bei Myoma uteri. Inaugural-Dissertation. Bern. (S. 176*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

169. *Serog, Max* (Gießen), Versuche über die Beziehungen von Epilepsie und Alkoholismus. Sommers Klinik f. psych. und nervöse Krankheiten. Bd. 3. Heft 3. S. 241. (S. 157*.)

170. *Shimazono, I.* (Tokio), Studien über Epilepsie. Neurologia. Bd. 7. Heft 6. September 1908. (Verlag v. Theodor Tanaka in Tokio.) (S. 155*.)

171. *Shufeldt, R. W.* (New York), Psychic epilepsy; its etiology and treatment. Pasific med. journ. Vol. 51. Nr. 6. P. 372. (S. 164*.)

172. *Siebelt*, Erfahrungen mit Vibrationsmassage. Günstige Erfolge bei Herzneurose, Hemikranie, neurasthen. Kopfschmerz; bei Neuralgie nicht. Med. Klinik. Nr. 21. (S. 178*.)

173. *Siegert*, Nervosität und Ernährung im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. S. 1963. (S. 177*.)

173a. *Siemerling*, Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. (S. 164*.)

174. *Steckel, W.* (Wien), Die Angstneurose der Kinder. Med. Klinik. Nr. 17. S. u. Nr. 18. S. 659. (S. 173*).

175. *Steckel*, Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Mit einem Vorworte von S. Freud. Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg. S. 315. 8 M. (S. 173*.)

176. *Stern, Rich.*, Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seiner unvollkommenen Formen. Wien. Deuticke. 1909. S. 95. 2 M. (S. 178*.)

177. *Steyerthal, A.* (Kleinen i. M.), Über Huntingtonsche Chorea. Arch. f. Psych. Bd. 44. Heft 2. (S. 176*.)

178. *Steyerthal, A.* (Kleinen i. M.), Was ist Hysterie? Hoches Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Geistes- und Nervenkrankh. Bd. 8. Heft 5. Halle. Marhold. S. 79. (S. 165*.)

179. *Stegmann*, Zur Ätiologie des Asthmas bei Kindern. Med. Klinik. Nr. 29. (S. 174*.)

180. *Stier, E.* (Berlin), Neurere psychiatrische Arbeiten und Tatsachen aus den außerdeutschen Heeren. Sammelreferat Schluß. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. Heft 4. S. 159—182.

181. *Stiller*, Höhenluft bei Morbus Basedowii. Med. Klinik. Nr. 9. (S. 180*.)


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

182. *Strasser* u. *Berliner*, Erfolge der Duschenmassage bei Beschäftigungsneurosen und Neuritiden. Bl. f. klin. Hydrotherapie 1907. Nr. 3. (S. 178*.)

183. *Strauß*, *H.*, Die Technik der chlorarmen Ernährung. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therap. Heft 1. S. 14. (S. 163*.)

184. *Struve*, *H.* (Kiel), Zur Kasuistik der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche degenerative Chorea)., Inaugural-Dissert. (Kiel) 1908. 20 S. (S. 175*.)

185. *v. Strümpell*, *A.*, Nervosität und Erziehung. Leipzig. Vogel. S. 32. 1,50 M.

186. *Schkarnin*, *A. N.*, Die Basedowsche Krankheit im frühen Kindesalter. Wratschebnaja Gazeta (Ärztl. Ztg.). 1908. Nr. 1 u. 2.

187. *Schönfeld*, Traumatische Hypochondrie oder Rentenhypochondrie. Med. Klinik. Nr. 31. (S. 175*).

188. *v. Schrötter*, *L.* (Wien), Morbus Basedowii. Klinischer Vortrag. (Med. Klinik. 1908. Nr. 14. S. 477. (S. 178*.)

189. *Schtscherbak*, *A. E.*, Ein Fall von Akathizia paraesthetica, geheilt durch Autosuggestin. Wratschebnaja Gazeta (Ärztl. Ztg.) 1908. Nr. 22.

190. *Schulz*, *I. H.*, Psychoanalyse. Zeitschr. f. angewandte Psychologie. Bd. II. Heft 5. 6. S. 440. (S. 166*.)

191. *Schwarz*, Die Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 38. (S. 180*.)

192. *Tarabini*, *L.*, Le neurosi respiratori. Klinische Betrachtung auf Grund von 37 Fällen. Neurosen d. Frequenz u. d. Rhythmus. Riforma medica Nr. 10. (S. 175*.)

193. *Thomas*, *I. I.* (Boston), Hysteria in children. Journ. of nervous and mental disease. Vol. 35. Nr. 4. P. 209. (S. 169*.)

194. *Thomsen*, *R.*, Zur Klinik und Ätiologie der Zwangserscheinungen. über Zwangshalluzinationen und über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Hysterie. Arch. f. Psych. Bd. 44, Heft 1. (S. 169*.)

195. *Tilmann*, *Max*, Zur Symptomatologie der Hysteria virilis (Respiratorische Anfälle). Inaug.-Dissert. Kiel. S. 20. (S. 169*.)

196. *Tilmann* (Köln), Anatomische Befunde bei Epilepsie und Trauma. Med. Klinik. Nr. 38. S. 1442. (S. 155*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

197. *Tintemann*, *W.* (Göttingen), Harnsäure und epileptischer Anfall. Stoffwechsel-Untersuchungen bei Kombination von Diabetes mellitus u. Spätepilepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 24. Heft 6. S. 508. (S. 153*.)

198. *Tissot*, L'épilepsie et lombaire ponction. Progr. med. Mai 9. 08. ref. journ. of ment. science. P. 763. (S. 159*.)

199. *Tobias*, Über die praktische Bedeutung der Vierzellenbäder. Med Klinik. Nr. 20. (S. 178*.)

200. *Tomasini*, *S.* (Nocera Inf.) Stato epilettico ed acetonemia Manicomio. Ann. 24. Nr. 2. P. 219. (S. 153*.)

201. *Tommasi-Crudeli*, *Corrado*, Ricerche intorno alla eziologia ed alla anatomia patologica della corea gesticolatoria. Rivista Sperimentale di Freniatria 1908. Vol. XXXIV. P. 417—468.

202. *Többen*, Die gerichtsärztliche Bedeutung der epeleptischen Dämmerzustände. Sitzungsber. der med.-naturwissenschaftl. Gesellsch. Münster. (S. 159*.)

203. *Trappe*, *M.* (Breslau), Die hysterischen Kontrakturen und ihre Beziehung zu organisch bedingten Krankheitszuständen des Menschen. Mitteilungen aus dem Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie. Bd. 19. Heft 3. (S. 166*.)

204. *Trepsat*, *L.* (Evreux), Épilepsie et menstruation; recherches cliniques. L'encéphale 1908. Nr. 6. P. 486.

205. *Turner*, *John* (Brentwood), Some further observations bearing on the supposed thrombotic origin of epileptic fits. The journ. of mental science. Vol. 54. Nr. 227. P. 638. (S. 154*.)

206. *Ulmer*, *Curt*, Zur Symptomatologie der Chorea chronica hereditaria. Inaugural-Dissertation. Würzburg. 24 S. (S. 175*.)

207. *Veckenstedt*, Kopfschmerz als häufige Folgen von Nasenleiden und seine Diagnose. Würzburger Abhandl. Bd. 8, Heft 8. (S. 175*.)

208. *v. d. Velden* (van der), Zur Pathogenese des epilept. Anfalls. Neurol. Zentralbl. Nr. 13. S. 643. (S. 153*.)

209. *Vogt*, *H.*, (Frankfurt), Epilepsie und Schwachsinnszustände im Kindesalter. Arch. f. Kindesheilk. Bd. 48. Heft 5—6. S. 321. (S. 156*.)

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

210. *Vogt, A.*, Hemianopsia bitemporalis, aufgetreten nach Ablauf einer Epilepsie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 16. (S. 158*.)

211. *Volland*, Zur Kasuistik der krampfartigen Respirationsstörungen auf epileptischer Basis. Neurol. Zentralbl. Nr. 14. S. 661. (S. 159*.)

212. *Volland* (Bethel), Geheilte Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. Heft 1.

213. *Vollmar, Wilh.* (München), Beitrag zur Kasuistik u. Ätiologie der Jacksonschen Epilepsie. Wien. klin. Rundschau. Nr. 44. S. 691. Nr. 45. S. 707. Nr. 46. S. 726.

214. *von Voß*, Zur Ätiologie der Dämmerzustände. Zentralbl. für Nervenheilk. S. 678. (S. 169*.)

215. *Vrijdanz*, Een geval van Pseudotumor cerebri met status epilepticus bij dreigenden doordelijken afloor, genezen door trepanatie. Ned. Tijdschr. v. Gen. Nr. 10. (S. 156*.)

216. *Walthard, M.* (Bern), Über die sogen. psychoneurotischen Ausfallserscheinungen. Zentralbl. f. Gynäkologie. Nr. 17. (S. 176*.)

217. *Walton, G. L.* (Boston), Migraine, an occupation neurosis. Journ. of the Americ. med. assoc. Vol. 51. P. 200. (S. 161*.)

218. *Weißwange* (Dresden), Über die Nervosität der Frauen und ihre Verhütung (Wittmers mediz. Volksb. Heft 1—6. Halle. Marhold. S. 16. 0,25 M. (S. 177*.)

219. *Wentzel, Hermann*, Beitrag zur Lehre von der Astasie u. Abasie. Inaugural-Dissertation. Kiel. 28 S. (S. 167*.)

220. *Westphal*, „Amnestische Aphasie", Agraphie u. Apraxie nebst eigenartigen Störungen des Erkennens und Vorstellens im Anschluß an eine eklamptische Psychose. Sitzungsber. der niederrheinisch. Gesellschaft für Natur und Heilkunde. (S. 158*.)

221. *Westphal*, Über die Behandlung der Krämpfe. Klinischer Vortrag. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. (S. 162*.)

222. *Westphal*, Über hysterische Pseudotetanie mit eigenartigen vasamotorischen Störungen. Berlin. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 47. (S. 167*.)

223. *Wilmanns, Karl* (Heidelberg), „Der Fall Hartlieb". (Hysterische Gefängnispsychose — periodische endogene Verstimmungen mit Ophthalmoplegia interna hysterica und hysterischem


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fieber). Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 31. Jahrg. 1908. Nr. 253—254. (S. 169*.)

224. *Winkelmann*, Über nervöse Störungen der Herztätigkeit. Med. Klinik. Nr. 30. (S. 174*.)

225. *Windscheid*, Traumatische Reflexepilepsie. Zentralbl. f. Nervenheilk. Nr. 268. S. 661. (S. 155*.)

226. *Windscheid*, „Beitrag zur traumatischen Reflexepilepsie". Neurol. Zentralbl. Nr. 13. S. 643. (S. 155*.)

227. *Windscheid*, Reflexepilepsie oder Gehirntumor. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 18. S. 373. (S. 156*.)

228. *Windscheid*, Angebliche Gehirngeschwulst nach 16 Jahren als Unfallhysterie nachgewiesen. Med. Klin. Nr. 41. (S. 166*.)

229. *Windscheid*, Nervenschwäche als Unfallfolge verneint. Medizin. Klinik. Nr. 33. (S. 175*.)

230. *Woodmann, R. C.*, (Middeltown. N. J.), General considerations as to the nature and relationships of hysteria. The journ. of nervous and mental disease. 1908. Nr. 1. S. 23. Nr. 2. S. 77. Nr. 3. S. 153. (S. 165*.)

231. *Worbs*, Zur Frage der Arbeitsbehandlung Unfallnervenkranker in Heilstätten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 6. (S. 177*.)

232. *Wosinski, St.*, Der Einfluß der Syphilis und des Alkohols auf die Epilepsie. Österreich. ärztl. Vereinsztg. 1908. Jahrg. 32. Nr. 3. S. 62—70. (S. 155*.)

233. *v. Wysz*, Über therapeutische Anwendung der Bromsalze auf experimenteller Grundlage. Med. Klin. Nr. 4. (S. 162*.)

234. *Zbinden, H.*, Die psychologische Auffassung der Nervosität. Deutsch. von I. Hoeniger. Halle. Niemeyer. S. 111. 2,40 M. (S. 170*.)

235. *Ziehen*, Chemische Schlafmittel bei Nervenkrankheiten. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 10. S. 527. (S. 178*.)

236. *Zilozchi*, Neurastenia constitutionale e psicastenia. Giornale d. psich. din. Bd. 35. Nr. 3. (S. 172*.)

a) Epilepsie.

Die ätiologische Forschung hat in diesem Jahre eine Anzahl von Stoffwechseluntersuchungen gezeitigt und versucht auf diesem Wege den Grundlagen der Epilepsie näher zu treten. Vielfach bringen diese Arbeiten



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

eine Bestätigung für die schon vor Jahren ausgesprochene Anschauung von *Krainsky*, daß bei der E. eine Störung des Stickstoffumsatzes vorliege. *Kauffmann* hat auf Grund eigener Stoffwechseluntersuchungen eine größere Arbeit (92) und einen kleineren Aufsatz (93) veröffentlicht, worin er zunächst betont, daß die gefundenen Stoffwechselstörungen nicht die grundlegende und alleinige Ursache der E. sein können; sie setzen eine Disposition des Gehirns für Intoxikationen voraus. Als solche toxische Stoffwechselstörungen fand *K.* bei einigen seiner Epilektiker eine Säureüberproduktion unmittelbar vor und nach dem Anfall, wahrscheinlich bedingt durch eine Vermehrung der Fettsäuren. In einem Fall trat nach Bromdarreichung auch die Säurevermehrung auf, war aber nicht von einem Anfall gefolgt.

Es fand sich ferner eine erhöhte Acetonurie, auch ohne daß Zucker und Harn beobachtet wurde. *K.* hält das ausscheidende Aceton nicht für die toxische Ursache der epileptischen Anfälle, sondern nur für einen Indikator, der tiefere Störungen auch im Kohlehydratstoffwechsel anzeigt. Hierin, wie in anderweitigen, in einzelnen seiner Fälle gefundenen Oxydationsstörungen liegt eine gewisse Ähnlichkeit der E. mit dem Diabetes mellitus. Diese Stoffwechselstörungen können also, trotzdem eine eigentliche „toxaemische E.“ nicht angenommen werden kann, doch auf eine entsprechende Therapie hinweisen.

Tintemann (197) hat Stoffwechseluntersuchungen bei einem Fall von echter Epilepsie, die bei einem Diabetiker im 40. Jahr entstand, gemacht. Er stellt ebenfalls eine durch Bildung von organischen Säuren entstehende Ammoniakvermehrung als Folgezustand der Anfälle fest, außerdem eine vermehrte Ausscheidung von Harnsäure vor dem Einsetzen der Anfälle, die als Ausdruck der den Krämpfen zugrundeliegenden Stoffwechselstörung anzusehen ist. Das eigentliche krampferzeugende Gift ist aber auch nicht die Harnsäure; denn die exogene Überladung des Körpers mit Harnsäure infolge von Darreichung stark nukleinhaltiger Stoffe, z. B. Kalbsprise, ruft keine Krämpfe hervor. Zu ähnlichen Resultaten gelangt *Rohde* (158). Er stellt ein Schwanken des Stickstoffumsatzes trotz gleichbleibender Ernährung fest: in der Zeit zwischen den Anfällen findet eine Stickstoffretention statt, die nach den Anfällen zu an Größe abnimmt. In einzelnen seiner Fälle beobachtet er zur Zeit des Anfalles oder kurz nach demselben Harnsäurevermehrung. Auch sonst fand er bei exogener Überladung des Körpers mit Harnsäure (durch Nukleinsäure) Störungen in der Ausscheidung der Harnsäure. Kurz vor den Anfällen wird Milchsäure im Körper nicht verbrannt.

Tomasini (200) hält gleichfalls die Acetonaemie nur für ein Symptom, nicht für die verursachende Stoffwechselstörung der E.; es werden während des epileptischen Anfalls toxische Produkte des Organismus gebildet, die verschieden sind je nach Zahl, Schwere und Dauer der Anfälle. Bei gehäuften Anfällen und beim Status gibt die Acetonaemie einen Index für die Schwere der Autointoxikation. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Überladung des Blutes mit Aceton, welche einzelne Symptome, namentlich die agonalen Erscheinungen, erklären läßt.

Nach *van der Velden* (208) soll eine Vermehrung der Chloridzufuhr epileptische Anfälle auslösen; daher häufen sich die letzteren während der Menstruationsperioden, die mit einer Störung des Kochsalzstoffwechsels verbunden sind.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Motti (125) hat 15 Epileptikern neben dem Bromsalz, das sie gewöhnlich erhielten, carbaminsaures Ammoniak in ziemlich hohen Dosen verabfolgt, ohne daß irgendeine Veränderung im Krankheitsverlauf eingetreten ist. Die Carbaminsäure kann darnach nicht als die Ursache epileptischer Anfälle betrachtet werden.

Handelsmann (65) hat die Angaben *Donaths* (vergleiche den Jahresbericht für 1907) über Cholin als Ursache epileptischer Krämpfe nachgeprüft. Er fand, daß man mit subduralen oder intracerebralen Injektionen sehr hoher Cholindosen wohl starke Reizungen des Zentralnervensystems und dadurch Tremor, Nackenkrampf und krampfartige Symptome, aber keine echten epileptischen Krämpfe hervorrufen kann; intravenöse Injektionen von Cholin erzeugen diese Symptome nicht. Bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit von 27 Patienten, die an den verschiedensten organischen und funktionellen Nervenerkrankungen litten, hat H. nur ganz geringe Mengen oder gar kein Cholin gefunden. Er schließt, daß das Cholin keine Rolle beim Zustandekommen der epileptischen Krämpfe des Menschen spielt.

Alle Stoffwechselarbeiten über E. zeigen, daß es sich offenbar nicht um eine einheitliche, gleichgeartete Störung handelt, sondern daß bald der, bald jener Faktor des Stoffwechsels verändert ist; vielleicht lassen sich später dazu auch klinische Unterscheidungsmerkmale finden. Ferner sind auch die bis jetzt gefundenen Stoffwechselstörungen nicht die primäre Grundlage der E., sondern sie setzen eine, gewöhnlich als angeboren angenommene Veränderung noch unbekannter Art voraus.

Turner (205) kommt auf eine schon früher ausgesprochene Theorie zurück, daß die nächste Ursache der epileptischen Anfälle eine Stase oder Thrombose des Blutes in den Hirngefäßen sei. Die letztere sei bedingt dureh eine erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes, wofür auch wieder toxische Ursachen gesucht werden; nebenbei wird noch auf die Beziehungen zwischen Blutdruck und Gerinnungsfähigkeit des Blutes hingewiesen. *Claude* u. *Schmiergeld* (35) haben die *von de Buck* (vgl. den Jahresbericht von 1907, S. 158*) beschriebene Reaktion des Blutes der Epileptiker gleichfalls gefunden; sie halten sie aber nicht für charakteristisch für E., sondern sie kommt auch bei Normalen nnd bei Tieren vor. Es sind daraus also keine Schlüsse auf das Vorhandensein eines „Neurocytotoxin" bei Epileptikern zu ziehen.

Die anatomischen Untersuchungen von *Moriyasu* (124) erstrecken sich vor allem auf das Verhalten der Neurofibrillen im Gehirn der Epileptiker. Er fand die extracellulären Fibrillen stark gelichtet, auch die intracellulären Fibrillen zum größten Teil zerstört oder wenigstens körnig zerfallen, besonders diejenigen, welche in der Nähe des Kernes enden. Außerdem stellt er verschiedene Gefäßveränderungen fest, insbesondere Erweiterungen des perivaskulären Lymphraumes und Rundzellenanhäufungen in demselben.

Kuhlmann (102) beschreibt genau die mikroskopischen Befunde bei der Erweichung beider Ammonshörner, die bei einem im Status epilepticus Verstorbenen beobachtet wurde. Dabei zeigte sich, daß die wabenartige Erweichung durch sekundäre Wucherung von Gliazellen und Gliafasern allmählich in Sklerose überging; vielleicht ist also die bei der E. vielfach beobachtete Atrophie und Sklerose des Ammonshorns nur ein Endstadium eines ursprünglichen Erweichungsprozesses.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine bestimmte Ursache für die Erweichung war nicht aufzufinden; vielleicht handelt es sich um eine angeborene hereditäre Schädigung.

Schimazono (170) berichtet über die Gesamtergebnisse seiner an 75 Epilepsiefällen gemachten Beobachtungen. Dabei kamen ätiologisch die auch anderen Feststellungen entsprechenden Zahlen heraus bezüglich der Belastung der Aszendenz. Bei der Kleinheit des Beobachtungsmaterials wird man ihnen keine besondere Bedeutung beimessen können, es sei denn die, daß unter der japanischen Bevölkerung dieselben Hereditätsverhältnisse herrschen, wie bei uns. Auch die übrigen klinischen Angaben bieten nichts Neues.

Bratz (21) bringt die Seltenheit der E. bei Juden in Verbindung mit der gleichfalls bei dieser Rasse zu konstatierenden Seltenheit der Trunksucht. Daraus schließt er, daß bei der Ätiologie der E. die Vergiftung der Generationsorgane des Erzeugers eine noch größere Rolle spielt, als man bisher annahm.

Wosinski (232) hebt gegenüber der hereditären Belastung besonders scharf den Einfluß der individuellen Erkrankung an Syphilis oder Alkoholismus hervor. In einer viel größeren Zahl von Fällen, als man gewöhnlich annahm, sei Syphilis die Ursache der E., die dann 1—8 Jahre nach der Infektion auftrete; daher sei bei allen Epileptikern mit nachgewiesener Infektion eine antiluetische Kur indiziert. Die Epilepsie des Trinkers zeichne sich durch Halbseitenerscheinungen aus; das Bewußtsein schwindet oft nicht völlig; die anscheinend schwere Demenz bilde sich bei der Behandlung oft weitgehend zurück. Indiziert sei nur Abstinenz unter Anstaltsbehandlung; Brom sei nicht nötig. Offenbar beziehen sich die Beobachtungen *W.*s auf die sog. erworbene, nicht auf die genuine Epilepsie.

Einen Fall von Alkoholepilepsie beschreibt *Pappenheim* (139) bei einem 56jährigen Potator, der Anfälle mit psychischen Störungen hat. Außerdem treten bei ihm ohne Bewußtseinsverlust klonische Zuckungen im Fazialis und Krampfanfälle der Zungenmuskulatur, namentlich an der rechten Seite, auf. Nach zwei Monaten Heilung.

Jelliffe (86) beobachtete bei einem Kind nach Santoninvergiftung typische E.; experimentell konnte er mit Santonin bei Kaninchen Hyperaemie und Blutungen der Meningen und Veränderungen der Ganglienzellen hervorufen.

Nach *Redlich* (149) kommen unter den Epileptikern viel mehr Linkshänder vor als unter den Normalen. Bei einem Teil ist die Linkshändigkeit einfach ein Degenerationszeichen ohne weitere pathologische Bedeutung. In anderen Fällen aber sei die Linkshändigkeit ein Zeichen der Schädigung der linken Hemisphäre vielleicht durch ganz latent verlaufende kindliche Encephalitis. Auf dieser Basis kann durch weitere Schädigungen eine Epilepsie entstehen.

Tilmann (196) betont auf Grund operativer Erfolge und anatomischer Befunde die Bedeutung der traumatisch entstandenen Narben des Gehirns oder seiner Häute für die Entstehung der Epilepsie; selbst noch 30 Jahre nach einem Trauma sah er eine Epilepsie infolge der durch das Trauma gesetzten Narbe entstehen. Er rät in allen diesen Fällen zu operativen Eingriffen.

Windscheid erörtert in zwei Arbeiten (225, 226) die Frage der sogenannten Reflexepilepsie; er definiert sie als eine durch Erkrankung anderer Organe



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hervorgerufene E.; eine besondere Form sei die durch Narben bei peripheren Verletzungen entstandene E. Für die Diagnose einer solchen Reflexepilepsie fordert er, daß vor der Verletzung keine Epilepsie vorhanden war, daß sie bald nach der Verletzung auftrat, daß sie nach Exzision der Narbe aufhörte. Unter 58 Fällen von E. nach Unfall konnte er 3 als Reflexepilepsie ansprechen.

In einem Fall (227) hörten die Anfälle nach Exzision der Fingernarbe auf, kamen aber später wieder und führten zum Tod im Status; es fand sich ein Gliom von Apfelgröße im Gehirn. *W.* glaubt, daß hier zuerst echte Reflexepilepsie vorlag, die durch die Narbenexcision geheilt wurde; erst später sei sie durch ein hinzutretendes Gliom kompliziert worden.

Vrijdanz (215) sah 8 Jahre nach Trauma rechtsseitige Parese, später allgemeine Krämpfe von statusartigem Charakter auftreten. Trepanation an der linken Seite ergab nur Verfärbung der Pia; trotzdem trat Heilung ein; es wurde eine lokale Meningoencephalitis angenommen.

Die im Jahre 1894 von *Koshewnikow* unter dem Namen Epilepsia corticalis v. partialis beschriebene Form der Epilepsie zeichnet sich dadurch aus, daß hier im Gegensatz zu der Jacksonschen Epilepsie neben den typischen Krampfanfällen ständige Zuckungen in einem umschriebenen Bezirk beobachtet werden. *Ossokin* (138) teilt zwei solche Fälle mit, in denen ständige Zuckungen in der Arm- resp. Handmuskulatur beobachtet wurden. In einem dieser Fälle wurde ein operativer Eingriff versucht, wobei eine Meningoencephalitis festgestellt und damit der kortikale Charakter des Leidens bewiesen wurde, was um so wichtiger war, als andere Autoren (*Choroschko*) für eine andere Lokalisation (Thelamus opticus, hint. Vierhügel) eingetreten waren. (*Fleischmann*-Kiew.)

Über Epilepsie, Tetanie und andere Krampferkrankungen der Kinder erstattet *Pexa* (142) ein ausführliches, *Feer* (50) ein kürzeres Referat. Die Kindertetanie oder Spasmophilie ist ein dauernd vorhandener krankhafter Zustand des Nervensystems, der sich zeitweise in tonischen Krämpfen von typischem Charakter äußert (manifeste T.), aber auch in den freien Zwischenzeiten durch die bekannten Symptome (*Chvostck*, *Trousseau*, *Erb*) nachweisbar ist (latente T.). Die Spasmophilie kann auftreten als Tetanie, als Glottiskrampf oder Eklampsie. Sehr häufig sind auch die reflektorischen und Zahnkrämpfe ein Ausdruck latenter Tetanie. Bei der Ätiologie wird auf das familiäre Auftreten, die Bevorzugung des kindlichen Alters, den Einfluß der Jahreszeit, schlechter Zimmerluft und die Kombination mit Rachitis hingewiesen. Obwohl der Einfluß unzweckmäßiger Ernährung (Kuhmilch, Mehl) anerkannt wird, muß doch die Annahme einer Kalziumstauung als alleinige Ursache abgelehnt werden. Dagegen weisen mancherlei Beobachtungen auf die Beziehungen der Spasmophilie zu den Erkrankungen der Epithelkörperchen (Nebenschilddrüsen) hin. Die kindliche Spasmophilie geht nicht später in Epilepsie über; dagegen endet sie häufig letal oder führt zur Verblödung. Die Therapie ist hauptsächlich eine diätetische.

H. Vogt (209) gibt eine Übersicht aller kindlichen Krampf- und Epilepsieformen. Auch er hält auf Grund von statistischen Untersuchungen die Spasmophilie der Kinder für einen Vorläufer der späteren Idiotie. Unter den Fällen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit scheinbarer genuiner E. der Kinder finden sich viele organische Erkrankungen; auch die Fälle zerebraler Kinderlähmung mit nachfolgender E. müssen besonders betrachtet werden. Eine besondere ätiologische Bedeutung bei der Kinderepilepsie beansprucht die hereditäre Lues; die Fälle dieser Art gehen in das Gebiet der juvenilen Paralyse über. Eine besondere Gruppe bilden die durch tuberöse Sklerose bedingten Epilepsieformen.

Anglade und *Jaquin* (3) beschreiben als kardiovasale E. Fälle verschiedenen Alters, bei denen sklerotische Plaques und lakunäre Erweichungsherde perivaskulär gelegen im Gehirn gefunden werden. Die gleichzeitig vorhandene Gefäßarteriosklerose soll aber nicht die direkte Ursache dieser Herde sein, sondern nur eine begleitende Erscheinung. Mit dieser Feststellung scheint es uns ziemlich unnötig, hier von kardiovasaler E. zu sprechen, wie überhaupt die beiden Fälle nicht geeignet sind, diesen ohnehin schwankenden und unnötigen Begriff zu stützen.

H. Hoppe (77) beschreibt Fälle mit Einzelanfällen und Status von halbseitigem Charakter, bei denen keine entsprechende Herderkrankung des Gehirns gefunden wurde. Solche Fälle müssen trotz dieser Erscheinungen als genuine E. angesprochen werden; dabei wird nochmals betont, daß man nur dann von Jaksonscher E. reden soll, wenn ein kortikaler Herd klinisch oder anatomisch sicher nachzuweisen ist; dabei können allgemeine Schädlichkeiten, wie Intoxikationen, den Anfall auslösen.

Zur Differentialdiagnose weist *H.* auf den Bewußtseinsverlust hin: Fälle, in denen die Attacke mit einem Bewußtseinsverlust beginnt und dann zu halbseitigen Krämpfen oder Spasmen führt, sind der genuinen E. zuzurechnen. Die Fälle genuiner E. mit halbseitigem Charakter zeigen keine progressiven Veränderungen; die Anfälle behalten auch nach Jahren den gleichen Charakter. Bei der echten Jaksonschen E. breiten sich mit der Zeit die Anfälle aus; es kommt auch zu sonstigen organischen Symptomen.

Zur Symptomatologie bringt *v. Leupoldt* (109) eine Beobachtung aus der Sommerschen Klinik. Mittels des von *Sommer* konstruierten Apparates für graphische Darstellung von Zitterbewegungen hat er Fälle von echter und larvierter Epilepsie und von chronischem Alkoholismus untersucht, bei dessen Attacken epileptische Symptome auftreten. Bei allen diesen Fällen zeigte die Zitterkurve in kurzen Zwischenzeiten Anhäufung stärkerer Oszillationen, die erst durch die graphische Darstellung enthüllt wurden; im einzelnen trat die Kurve erst bei Ermüdung zutage. Sie ist somit ein objektives Erkennungszeichen von larvierter Epilepsie.

Bei ähnlichen Fällen larvierter E. fand *Serog* (169), der auch mit den Sommerschen Methoden untersuchte, schon von vornherein eine psychomotorische Übererregbarkeit, die bei spontan auftretenden oder durch Alkohol ausgelösten psychischen Äquivalenten noch stärker wurde. Diese Übererregbarkeit trat hervor bei der graphischen Darstellung der Zitterbewegungen und der Kniephänomene, bei den psychologischen Reaktionsversuchen in einer Verkürzung der Reaktionszeiten und Auftreten von Fehlreaktionen, bei Assoziationsversuchen in der Neigung zur Perseveration und zu Klangsassoziationen.

Holzinger (76) gibt als Resultat seiner Assoziationsversuche bei epileptischem Schwachsinn an eine Einschränkung des Vorstellungsschatzes, Schwerfälligkeit


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Unbeholfenheit des Gedankenganges, sprachliche Ungeschicklichkeit und die Einstellung der Reaktion auf die Bedeutung des Reizwortes. Diese Momente finden sich, wie *H.* zugibt, auch bei anderem Schwachsinn und teilweise auch bei Alkoholikern. Dagegen sind charakteristisch für Epilepsie das Hervortreten des egozentrischen Momentes und das Vorhandensein eines Krankheitskomplexes bei den Reaktionen. Ref. hat diese letzteren Typen auch bei Hysterie und Degeneration gefunden.

Nadoleczny (129) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Sprachstörungen derEpileptiker. Er erwähnt und schildert motorische und sensorische und amnestische Aphasien, Paraphasie, Echolalie, Perseveration und Verbigeration.

Auch ataktische Sprachstörungen und ihre einzelnen Unterformen, die Dysarthrie und das Stottern, kommen vor.

In einer Beobachtung *Westphals* (220) war amnestische Aphasie bei einer eklamptischen Psychose aufgetreten zusammen mit anderen Symptomen, wie sie sich sonst nur bei organischer Hirnerkrankung finden; vielleicht spielt dabei die leichte Erschöpfbarkeit des Nervensystems eine Rolle.

Rodiet, *Pansier* und *Cans* (156) haben Untersuchungen über den Zustand des Augenhintergrundes bei Epileptikern vor und nach den Anfällen vorgenommen. In der Mehrzahl der Fälle fand sich vor dem Anfall eine Ischämie, die allmählich in Stauungshyperämie überging. Wo während des Anfalls selbst eine Untersuchung möglich war, war die Papille stark kongestioniert und die Venen geschlängelt. Nach dem Anfall bleibt die venöse Stauung noch eine Zeitlang bestehen. Bei einfachen Absenzen (Petit mal) fanden sie den Augenhintergrund ischämisch; sie halten deshalb die Absenzen für ein erstes abortives Stadium eines vollentwickelten Anfalls. In den freien Intervallen fand sich bei länger bestehender E. jüngerer Individuen beginnende Atrophie, ferner bei blasser Papille stark gefüllte Gefäße, endlich Pigmentierung der Netzhaut und Aderhaut als Zeichen hereditärer Syphilis.

Nach *Gluschkow* (55) lassen sich in den meisten Fällen der Epilepsie, und zwar sowohl in den Psychosen als auch in den sich nur durch Krampfanfälle dokumentierenden, dauernde beträchtliche Störungen (Anästhesien oder Hypästhesien) des Geschmacks und Geruchs nachweisen, und zwar sind die Störungen des Geschmacks häufiger als die des Geruchs. So fanden sich unter 50 Epileptikern nur 2 mit normalem Geschmack, während 14 normalen Geruchssinn besaßen. Die Störungen sind am häufigsten doppelseitig und scheinen um so ausgesprochener zu sein, je häufiger die Anfälle sind. Ebenfalls häufig kommen sie in Fällen mit Alkoholätiologie vor. Bei Frauen begegnet man diesen Störungen seltener als bei Männern; die Ursache dieser Anästhesien sucht der Verf. in kortikalen Prozessen.

(*Fleischmann*-Kiew.)

A. Vogt (210) beobachtete eine 13 Jahre dauernde Epilepsie, die im 23. Jahre zuerst aufgetreten ist; sie wird abgelöst durch allmählich einsetzende Sehstörungen, besonders auf dem rechten Auge, die schließlich zu einer bitemporalen Hemianopsie führen. Die Epilepsie, wie die Hemianopsie werden auf einen Hypophysentumor zurückgeführt.

Generated on 2019-03-09 23:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bresler (23) schildert als besondere Form einer epileptischen Aura ein flüchtiges manisches Zustandsbild mit heiterer Verstimmung, Bewegungsdrang und Ideenflucht, das dann plötzlich von einem Krampfanfall beendet wird. Weiter hat er einigemal im epileptischen Dämmerzustand bei örtlicher Desorientierung sehr gut erhaltene zeitliche Orientierung gefunden, während sonst die zeitliche Orientierung viel leichter verloren geht als die örtliche.

Volland (211) schildert bei einem Epileptiker, der außerdem an schweren motorischen Krampfanfällen und Erregungszuständen leidet, Anfälle mit Bewußtseinsverlust, die sich auf den Respirationstraktus beschränken und den laryngealen Krisen der Tabiker ähnlich sind. Sie müssen auf eine vorübergehende Affektion des Atmungszentrums bezogen werden, sind also medullären, nicht kortikalen Ursprungs. Ref. hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, daß bei schweren Epileptikern medulläre Affektionen klinisch und auch anatomisch sich nachweisen lassen.

Tissot (198) führt auf Grund von Beobachtungen aus, daß die Drucksteigerung der Spinalflüssigkeit bei den epileptischen Anfällen die Folge, nicht die Ursache der Anfälle sei. Seine Versuche, durch Entziehung von Lumbalflüssigkeit drohende Anfälle zu kupieren, blieben daher auch erfolglos.

Többen (202) gibt in einem Vortrag die Hauptgesichtspunkte bei der zivil- und strafrechtlichen Beurteilung des epileptischen Dämmerzustandes, ohne wesentlich Neues zu bringen; besonders betont wird auch hier wieder, daß zur Diagnose eines epileptischen Dämmerzustandes in erster Linie der Nachweis der Epilepsie selbst gehört.

Auch *Németh* (132) behandelt die forensische Bedeutung der epileptischen Bewußtseinsstörungen und gibt vor allem zwei instruktive Fälle falscher Selbstbeschuldigung im epileptischen Dämmerzustande. In einem dieser Fälle beschuldigte sich der Kranke, einen Freund ermordet und die Leiche in einen Fluß geworfen zu haben. In der Beobachtung hatte er einen schweren Krampfanfall; nach diesem war die erste Anklage vergessen und er beschuldigte sich jetzt eines ganz ähnlichen Verbrechens gegen seine Geliebte.

Grasset (60) publiziert ausführlich ein Gutachten über einen Soldaten, der etwa 8 mal desertiert und immer in der gleichen Weise umhergeirrt ist. Es läßt sich keine epileptische Grundlage auffinden, aber ein degenerativer Zustand (debile du psychisme superieur); bei seinen Entweichungen handelt es sich um krankhafte Zustände. *Grasset* erklärt ihn nicht für geisteskrank, aber für gemindert zurechnungsfähig.

v. Behr (11) gibt bei einer Schilderung des Gehirntodes auch eine Darstellung der Todesfälle bei epileptischen Attacken, die für den Gerichtsarzt bestimmt ist.

F. Leppmann (107) begutachtet einen Fall von plötzlichem Tod im Badezimmer bei einem Mann, der angeblich an Epilepsie litt. Der Kranke lebte noch einige Stunden nach der Auffindung, war zyanotisch; es fand sich Lungenödem und im Blut konnte Kohlenoxyd nachgewiesen werden. Das Gutachten spricht sich gegen epileptischen Tod, für eine Vergiftung mit Verbrennungsgasen aus.

Köppen und *Kutzinski* (98) gehen davon aus, daß die Dämmerzustände sich meist durch eine mangelnde Erinnerungsfähigkeit auszeichnen. Auf Grund psycho-

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logischer Versuche (Nacherzählen kurzer Geschichten und Sätze) stellen sie fest, daß die Fähigkeit zur Reproduktion und zur geordneten Assoziation nicht nur niedriger ist als im normalen Zustand, sondern auch noch großen und häufigen Schwankungen unterliegt, so daß eine geordnete Gedankenreihe überhaupt nicht gebildet werden kann. Die Denkleistung wird alle Augenblicke durch kleine Absenzen unterbrochen. Dies erklärt, weshalb die Gesamtheit der Vorgänge des Dämmerzustandes später nicht erinnert werden; jedoch können einzelne Momente daraus erinnert werden, in denen die Aufmerksamkeit eine gewisse Höhe hatte.

Das große Gebiet der Grenzzustände der E. bearbeitet *Gowers* (59) in einer Monographie, in der er sich über ohnmachtsartige, über vagale Anfälle, Schwindel und Migräne verbreitet. Differentialdiagnostisch wird erwähnt, daß die Ohnmacht nie einen so plötzlichen Bewußtseinsverlust hervorruft, wie das Petit mal, daß sie gewöhnlich nicht von Zyanose des Gesichts begleitet ist. Eine Verwandtschaft besteht aber doch, insofern als auch die Ohnmacht besonders bei starken psychischen Reizen durch kortikale Einwirkung auf das medulläre Herzzentrum ausgelöst wird und als gelegentliche Übergänge zwischen einer Neigung zu häufigen Ohnmachten und Petit mal gesehen werden. Unter vagalen Anfällen versteht *G.* Symptome von seiten des Magens, des Respirationstraktus und des Herzens, die sich als allerlei vom Vagus vermittelte Sensationen, Beklemmung, Gefühl des herannahenden Todes darstellen; manchmal sind damit auch vasomotorische Störungen verbunden. Beim Ohrschwindel findet sich gelegentlich auch Bewußtseinsverlust, so daß die Differentialdiagnose gegen E. noch schwieriger sein kann. Auch beim Ohrschwindel muß eine Mitbeteiligung der Hirnrinde angenommen werden.

Ausführlich wird, namentlich an der Hand einer reichen Kasuistik, die Migräne und ihre Übergangsformen zur E. geschildert. E. kann sich nur als indirekte Folge des Schmerzes aus der Migräne entwickeln; damit ist also gesagt, daß keine engen Beziehungen zwischen Migräne und E. bestehen, wenn auch Prodromalsymptome beider Erkrankungen einander sehr ähnlich sind. Sehr häufig ist gichtische Belastung der Aszendenz bei der Migräne. Die Vorboten bei der Migräne, Sehstörungen oder aufsteigende Sensationen in einer Extremität, dauern viel länger als bei der E. und sind monotoner. Bei der Behandlung der Migräne wird ebenso wie bei den vagalen Anfällen Nitroglyzerin sehr empfohlen. Als „Narkolepsie" will *G.* nur das sehr seltene Krankheitsbild bezeichnet sehen, bei dem ohne jede weitere Störung nur kurzer, wirklicher Schlaf den Normalzustand unterbricht, und warnt ausdrücklich vor Verwechslung mit Petit mal. In dem kleinen Werke finden sich neben der sehr lehrreichen Kasuistik zahlreiche gute Bemerkungen über Hysterie und die Theorien ihrer Pathogenese eingestreut.

Brügelmann (26) nimmt eine gemeinschaftliche Grundlage für Asthma, Urticaria und Migräne an; je nachdem traumatische, reflektorische oder toxische Einflüsse auf ein wenig widerstandsfähiges, respiratorisches oder vasomotorisches Zentrum oder auf die sensible Sphäre der Hirnrinde (Pia und Dura?) treffen, soll eine der genannten Neurosen entstehen.

Die Migräne selbst teilt er in drei Formen, die gastrische, die reflektorische und die hysterische, und zählt namentlich der letzteren zahlreiche Fälle zu. Dabei


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sieht er als Hauptcharakteristikum aller Migräneformen den „Krampf" an, der sich nach seiner Auffassung in ganz verschiedenen Gebieten abspielen kann. Im ganzen wird aber durch diese Aufstellung das Gebiet der Migräne entschieden zu weit gefaßt und dadurch eine scharfe Umschreibung dieses Krankheitsbildes verwischt.

Walton (217) erklärt die Migräne für eine Beschäftigungsneurose, die bei nervöser Belastung und durch die Überanstrengung der Augenbewegungsmuskeln des Corrugator supercilii und eventuell auch der Stirn- und Nackenmuskeln, ferner durch Inanspruchnahme der entsprechenden sensorischen und motorischen Zentren der Hirnrinde zustande kommen. Der Schmerz bei der Migräne sei nicht intrakraniell, sondern im Bereich der Muskeln lokalisiert.

Brown (24) berichtet einen Fall von Narkolepsie bei einem 19jährigen Menschen, der ohne vorherige Bewußtseinsstörungen häufig in kurz dauernde Schlafzustände verfällt, in denen das Bewußtsein nicht ganz verloren geht. Die Beobachtung ergab außerdem isolierte Halluzinationen, die durch einen operativen Eingriff nicht behoben wurden.

Comer (36) führt auf Grund eines Falles aus, daß bei Diabetes, ohne daß organische Hirnveränderungen vorliegen, epileptische Anfälle in Form allgemeiner Konvulsionen oder vom Jaksonschen Typus auftreten können. Sie sind der Ausdruck einer Intoxikation; es muß aber nicht immer eine Säureintoxikation sein.

Zur Differentialdiagnose zwischen epileptischem und hysterischem Anfall führt *Jansky* (85) an, daß er im epileptischen Anfall häufig Fußklonus, im hysterischen niemals gesehen habe.

Magiotto (114) sah bei einer Reihe von Fällen — meist handelt es sich um symptomatische, durch organische Hirnerkrankung bedingte Epilepsie —, daß interkurrente Infektionshrankheiten, Typhus, Influenza, Pneumonie, Tuberkulose die epileptischen Anfälle zum Verschwinden bringen; später treten sie aber wieder auf.

Neu (133) sah im 7. Graviditätsmonat epileptische Anfälle auftreten, die tödlich endeten; um Eklampsie handelte es sich nicht, da epileptische Anfälle schon früher bestanden und die Urinuntersuchung negativ war. Gravidität übt einen ungünstigen Einfluß auf Epilepsie aus; gehäufte Anfälle indizieren künstlichen Abort.

In der Beobachtung von *Parhon* und *Goldstein* (140) wurden bei einem 13jährigen Mädchen epileptische Anfälle durch Thyreoidin zum Aufhören gebracht; es trat aber dann ein Zustand psychischer Störung ein.

Meeus (118) beschreibt zwei Epileptiker, die gleichzeitig an chronischer Paranoia leiden und bezeichnet sie als kombinierte Psychosen. In einem Fall werden psychische Momente, Abgeschlossenheit, Furcht vor Schande und religiöse Selbstvorwürfe als Ursache der Paranoia bezeichnet. Die Literatur über die kombinierten Psychosen wird abgehandelt.

Marchand (115) beschreibt das Auftreten epileptischer Anfälle bei Kranken, die an Dementia praecox leiden. Sie können ein Initialsymptom der Dementia praecox darstellen. Sie treten selten auf und verlaufen entweder in der typischen Form oder stellen abortive Anfälle dar. Pathogenetisch führt *M.* die epileptischen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anfälle wie die zugrunde liegende psychische Störung auf dieselben Hirnveränderungen zurück.

Bei den Kranken von *Rubinowitsch* (160) entwickelte sich im 23. Lebensjahr unter Basalsymptomen eine Akromegalie, im 32. Lebensjahr traten epileptische Anfälle und epileptische Dämmerzustände auf. Die Wahrscheinlichkeit spricht für einen Hypophysistumor.

Zur Therapie der E. liegen einige zusammenfassende Arbeiten vor, die das Bekannte über diätetische und medikamentöse Heilmittel bringen, so von *Laubuscher* (108), *E. Meyer* (120), *Eulenburg* (44), *Flatau* (48). In der Bewertung einzelner Heilmittel stimmen sie überein und weichen auch nicht von den bekannten Anschauungen ab. *Eulenburg* sah günstige Erfolge, aber keine Heilungen von dem Zerebrinpräparat Pöhls; *E. Meyer* bespricht auch die operative Behandlung der symptomatischen Epilepsie. Die Kupierung des Status epilepticus durch subkutane Amylendarreichung ist von keinem der Autoren erwähnt.

A. Westphal (221) schildert nach denselben Grundsätzen die Behandlung epileptischer Krämpfe und gibt auch kurze Notizen zur Behandlung hysterischer Krämpfe.

Die Broschüre *Kellners* (94) ist eine sehr warme Empfehlung der Opiumbromkur und eine Schilderung der großen Erfolge, die der Verf. damit erzielt haben will; Einzelheiten, die angeblich bei der Durchführung beachtet werden müssen, werden nicht angegeben; man soll sich in die vom Verf. geleitete Anstalt aufnehmen lassen, um unter seiner Leitung die Kur durchzumachen. Wissenschaftlichen Wert hat die Broschüre nicht.

Banks (7) gibt neben den gewöhnlichen Anweisungen zur Behandlung des Status e. einige Notizen über das Zusammentreffen von Temperatursteigerung und Albuminurie beim Status.

Bürgi (28) und *v. Wysz* (233) schildern auf Grund experimenteller Untersuchungen die pharmakodynamischen Eigenschaften des Broms. Die Frage, wie das Brom auf die Gehirnsubstanz wirkt, ist noch nicht geklärt. Die Anhäufung des Bromsalzes im Organismus entsteht dadurch, daß die Nieren leichter Chlor als Brom ausscheiden. Der Kaligehalt der Bromsalze ist unwichtig, da Kali viel zu rasch ausgeschieden wird, als daß es sich zu einer herzschädigenden Wirkung summieren könnte. Beim Ersatz des Chlors durch Brom handelt es sich nach von Wysz lediglich um einen physikalischen Vorgang. Bei experimenteller Bromvergiftung kann man auch kurz vor dem tödlichen Ausgang das Tier noch durch Injektion von Chlorsalzen retten. Um bei einem Menschen von 50 kg Körpergewicht Vergiftungserscheinungen zu erzeugen, sind ca. 150 g Bromnatrium nötig. Die Chlormenge des Blutes vermindert sich dabei; im Gehirn ist keine Bromaufspeicherung nachzuweisen. Die wesentlichste Ursache der Bromvergiftung ist also der Chlormangel des Blutes, nicht die Beeinflussung der Zellen durch Bromionen; auch die Nervenzellen sind für ihre Funktion an einen ausreichenden Chlorstoffwechsel gebunden. *Bürgi* empfiehlt die organischen Brompräparate, weil sie im Körper deponiert werden können und dann langsam Brom abspalten, ferner weil gleichzeitig damit die Wirkung eines anderen Arzneimittels, z. B. eines Narkotikums der Fettreihe, verbunden werden kann.

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by 
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auch *Haymann* (69) gibt eine Schilderung der Wirkung der organischen Brompräparate.

Auch *Grünwald* (62) bestätigt, daß das aufgenommene Brom zum geringsten Teil in feste organische Bindung mit der Hirnsubstanz tritt. Bei einem jungen Epileptiker, der ein halbes Jahr fast 1400 g Bromkali erhielt, ergab die chemische Untersuchung der Hirnsubstanz nnr ganz geringe Mengen von Brom in Form des Kalisalzes.

Rebizzi (147) gibt für eine etwa nötig werdende subkutane Bromdarreichung eine Mischung aus 50,0 Bromkali, 2,0 Natr. sulfuric. 1,0 Phenol auf 100 Wasser. 2 Spritzen können tief in den Oberschenkel injiziert werden.

Lundborg (113) berichtet über eine größere Versuchsreihe mit der von *Toulouse* und *Richet* vorgeschlagenen salzarmen Ernährung der Epileptiker unter gleichzeitiger Vermehrung der Bromnatriumdarreichung. Er hat Erfolge gesehen bei Fällen mit zahlreichen Anfällen ohne psychische Störungen und in Fällen mit kurzdauernden psychischen Äquivalenten. Sie sei kontraindiziert bei Hysteroepilepsie und bei schweren Organerkrankungen sowie bei Epilepsie mit weitgehenden psychischen Veränderungen.

Strauß (183) gibt sehr wertvolle genaue Angaben über Kochsalzgehalt der gebräuchlichen Nahrungsmittel in rohem und gekochtem Zustand. Am meisten Schwierigkeiten machen bei Aufstellung einer kochsalzarmen Diät die Fleischspeisen, weil diese ohne Salz geschmacklos sind; in den meisten Fällen, in denen eine kochsalzarme Diät indiziert ist, muß aber auch auf eine fleischreiche Kost verzichtet werden. (Dies trifft auch für die E. zu.) Weiter werden eine Anzahl von Getränken angegeben. *Strauß* empfiehlt die kochsalzarme Diät bei der chronisch-parenchymatösen Nephritis zur Behandlung und Verhütung der Hydropsien. Bei primären Herzstörungen wird eine Kochsalzeinwirkung empfohlen, strengere Entziehung nur, wenn infolge der venösen Stase Nierendegenerationen eingetreten sind. Diese Maßregeln dürfen auch für manche, mit Stoffwechselstörungen einhergehende Epilepsien Geltung haben.

Oerum (135) empfiehlt Borax als Ersatz für Bromsalze in Dosen von 1,0—2,0 täglich; gelegentlich kombiniert er auch Borax mit Bromkali oder wendet die Medikamente nebeneinander an. Nachteilige Folgen des Borax sind das Auftreten von Erbrechen und Durchfall und die Wirkung auf vulnerable Nieren. *Fischer* und *J. Hoppe* (47) empfehlen Veronalnatrium in rektaler Anwendung ohne Schädigung der Magenverdauung bei epileptischen Verwirrungszuständen (0,5—1,0). Beim epileptischen Status wirkt es nicht so prompt wie Amylen; bei E. nocturna werden die leichteren Fälle erfolgreich damit behandelt. Bei unruhigen Kranken kann das Mittel auch in wässriger Lösung (1:5) subkutan gegeben werden.

Haerle und *Marasch* (63a) behandeln die Eklampsie Schwangerer durch subkutane Einspritzung von Amylenhydrat mit günstigem Erfolg. Die nachfolgende Entbindung ging glatt vonstatten.

Roubinowitsch (159) hat in einigen Fällen schwerer E. Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern eingespritzt, welche seltenere Anfälle hatten als die behandelten


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Epileptiker; einige Male wurden dabei Besserungen erzielt; in anderen Fällen war die Behandlung erfolglos.

Auerbach (5) tritt für operative Behandlung der Jaksonschen E. ein und will auch die genuine E. operativ behandelt wissen, wenn Halbseitenerscheinungen beobachtet werden oder die Anamnese auf ein Trauma oder einen encephalitischen Prozeß hinweist. Falls keine Anhaltspunkte für eine topographische Lokalisation vorliegen, soll man auf die rechte motorische Region eingehen. Findet sich kein Herd, so kann durch Duraspaltung ein Ventil für den Druckausgleich und dadurch Besserung erzielt werden. Nur entzündliche Narben rufen E. hervor, aseptisch eingeheilte Fremdkörper nicht.

Gobiet (56) teilt einige Fälle von operativer Heilung symptomatischer E. mit. Einmal wurde eine Hirnnarbe gefunden und exzidiert; als die Anfälle nach anfänglicher Besserung wieder auftraten, wurde eine nochmalige Trepanation und Schädelplastik — nach *Durante* — vorgenommen, worauf Heilung erfolgte. Im 2. Fall trat E. 6 Jahre nach Kopfverletzung auf. Heilung nach Kraniektomie mit Ventilbildung; das Schädeldach war an der trepanierten Stelle verdickt.

Siemerling (173a) gibt eine Darstellung der transitorischen psychischen Zustände der E., der dauernden epileptischen Psychosen und der epileptischen Demenz, bespricht ihre Diagnose und Behandlung. Ohne epileptische Antezedentien darf keine epileptische Psychose diagnostiziert werden. Für die Behandlung werden die gewöhnlichen Mittel empfohlen. Auf die Schwierigkeit der forensischen Begutachtung dieser Zustände wird hingewiesen.

Shufeldt (171) gibt ebenfalls eine Schilderung hauptsächlich der psychischen Äquivalente der E. und allerlei Gesichtspunkte für ihre psychische Behandlung. *Mc. Dugall* (39) bringt unter dem vielversprechenden Namen der „Prinzipien der Epilepsiebehandlung" den Vorschlag einer kolonialen Unterbringung der Epileptiker; hier würden sie gewissermaßen in einer Welt für sich leben, sich nützlich machen können, und ihre psychischen Eigenarten würden nicht auffallen. Epileptiker sind in seinen Augen „sehr liebenswürdige Leute".

Sartorius (166) gibt eine Schilderung der bisherigen Anstaltsfürsorge für epileptische Kinder und erklärt die bekannten *Wildermuth*schen Vorschläge, welche der Einrichtung der ersten staatlichen Epileptikeranstalten zugrunde lagen. Die epileptischen Kinder können in den Anstalten für Erwachsene, aber auf besonderen Stationen untergebracht werden; der Gang des Unterrichts wird besprochen. Soweit es aus der Arbeit hervorgeht, scheint Verf. der Errichtung besonderer nur für Epileptiker bestimmter Anstalten zuzustimmen, wie es auch *Wildermuth* ursprünglich vorschlug. Nach den neueren Erfahrungen hat sich dies nicht allenthalben bewährt, vielmehr ist eine Mischung von Epileptikern mit anderen Geisetskranken in größeren Anstalten zweckmäßig, etwa in der Weise, wie sie in Uchtspringe durchgeführt wurde.

Baugh (8) berichtet über Erfolge an einer nicht sehr großen Zahl von Epileptikern (182 Aufnahmen in 10 Jahren, 11% der gesamten Anstaltsinsassen). Er lobt Bettbehandlung, die möglichst im Freien durchgeführt werden soll, und fleischarme Diät.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Hysterie.

Steyerthal (178) kommt in einer anregend geschriebenen Betrachtung zu dem Resultat, daß es eine Hysterie als einheitliche, unteilbare Krankheit überhaupt nicht gibt, sondern nur einen hysterischen Symptomenkomplex, der bei den verschiedensten somatischen und psychischen Affektionen auftreten kann als Ausdruck einer Ermüdung oder Erschöpfung. Damit verweist er einen Teil der Hysterie zu den „angeborenen Schwächezuständen", worunter er Psychopathen, Degenerierte, Imbezille zusammenfaßt, einen anderen Teil zur erworbenen Erschöpfung des Nervensystems, also zur Neurasthenie im Sinne Beards. Aber die Ausführungen *Steyerthals* gegen die hysterischen Lähmungen sind nicht ganz verständlich oder zu kurz. Eine plötzlich nach einem unbedeutenden Trauma entstandene spastische Lähmung, die alle Zeichen der psychogenen Entstehung trägt, soll nicht als hysterisch bezeichnet werden, weil der betreffende Kranke im übrigen ein blühender, kräftiger Mensch ist. Man muß jedoch den Ausführungen *Steyerthals* zugeben, daß sicher unnötigerweise viel zu viel Hysterien diagnostiziert werden, daß namentlich auch der Begriff der „hysterischen Psychosen" zu viel angewandt wird. So tritt z. B. *Woodmann* (230) für eine Ausdehnung desselben ein, weil auch die in rein nervösen Symptonen sich äußernde H. im Grunde eine Psychose sei.

Die spekulativen Ausführungen *Rischs* (154) bezeichnen den psychischen Zustand als Reaktion der Hirnzelle auf Reize, welche nicht ertragen werden können. Es tritt dann eine Leitungssperrung ein, um die Hirnzelle vor diesen schädlichen Reizen zu bewahren. Über die Mechanik dieses automatisch funktionierenden Bremsapparates entwickelt *R.* eine ansprechende Hypothese. Bei der Psychogenie, die Verf. als den allgemeineren Begriff auffaßt, handelt es sich nur um vorübergehende Sperrungen infolge zu starker äußerer Reize; bei der Hysterie sind die Sperrungen nachhaltiger, vielleicht weil infolge angeborener Anlage weniger hemmende Assoziationen gebildet werden; bei der Katatonie sollen dauernd im Blut kreisende Stoffwechselprodukte eine konstante Reizquelle darstellen.

In einer anderen Abhandlung (153) äußert sich *Risch* genauer über den Unterschied zwischen Psychogonie und Hysterie, namentlich in forensischer Beziehung. Der psychogene Zustand tritt bei Psychopathen mit erhöhter Reizempfindlichkeit u . Sie reagieren z. B. auf den psychischen Reiz der Haft mit vorübergehender psychischer Hemmung, genesen davon aber gewöhnlich und sind nicht unter den § 51 StGB. zu rechnen. Dagegen sind hysterische Dämmerzustände und Delirien mit tiefergehenden und dauernden Veränderungen des Charakters und der Seelentätigkeit verbunden.

Breuer und *Freud* (22) haben ihre grundlegende Untersuchung von 1895, die sie zu der bekannten Auffassung der Hysterie und anderer nervöser Erkrankungen führte, in neuer Auflage erscheinen lassen. Angesichts der späteren Veröffentlichungen *Freuds* und der zahlreichen Referate und Kritiken, die sich daran anschlossen, ist eine besondere Besprechung dieser Abhandlung nicht erforderlich. Es sei hier nur darauf hingewiesen, daß diese Ausführungen von historischem Interesse sind für den, der die Grundlage der *Freud*schen Anschauung kennen lernen will. Hier wird


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von beiden Autoren der Begriff der Katharsis festgelegt, der sich später zur Psychoanalyse entwickelte. Interessant ist auch die von beiden Autoren gemeinsam gemachte Äußerung aus dem Jahre 1892 (S. 14): „Natürlich heilen wir nicht die Hysterie, soweit sie Disposition ist", sondern die restierenden Dauerzustände nach Ablauf des akuten Stadiums. In einzelnen Fällen mag dieser Erfolg praktisch mit der Heilung der H. zusammenfallen.

Eine sorgfältige kritische Zusammenstellung aller *Freud*'schen Publikationen und der daran erschienenen Äußerungen, Kritiken und Referate anderer Autoren bringt *J. H. Schulz* (190).

Austregesilo (6) gibt einen Überblick über die neueren Hysterietheorien und hebt als gemeinsames Charakteristikum heraus, daß das Wesen der Hysterie in einer veränderten Geistesbeschaffenheit zu suchen sei. Die meisten hysterischen Symptome lassen sich auf diese abnorme Bestimmbarkeit der Affekte und Vorstellungen zurückführen.

Jahnel (84) hat in einer alten Quelle die Geschichte eines Mannes aus dem 17. Jahrhundert gefunden, der nach einem Trauma mit psychischen Shock im 10. Lebensjahre die Sprache so verlor, daß er fast bis zu seinem im 67. Lebensjahr erfolgten Tod nur „mittags von 12—1 Uhr" reden konnte. Die begleitenden Umstände weisen auf den hysterischen Ursprung dieser Stummheit hin.

Mönkemöller (126) gibt auf Grund der zeitgenössischen Literatur und der Akten eine Schilderung des Zustandes der bekannten Nonne Anna Katharina Emmerich, welche 1824 starb; es ist das klassische Krankheitsbild der Hysterie.

In der Beobachtung von *Rust* (163) handelt es sich um einen hysterisch und kriminell veranlagten Menschen, der nach angeblichen Unfällen die Erscheinungen einer Kompressionsmyelitis bekommt (Wirbelbruch) und darauf Vollrente erhält. Das angegebene Material ist zu unvollständig, um daraus die Differentialdiagnose zwischen organischer Erkrankung, hysterischer Lähmung oder reiner Simulation zu machen. Für das letztere spricht, daß die angeblichen Unfälle offenbar absichtlich herbeigeführt werden und zwar immer, wenn der Betroffenne infolge anderer Schwindeleien in einer mißlichen Lage ist.

Windscheid (228) veröffentlicht einen Fall, bei dem 6 Jahre nach einem Kopftrauma Tumorsymptome auftraten, die 10 Jahre lang Vollrente angezeigt erscheinen ließen. Später wurden hysterische Symptome festgestellt und namentlich erwiesen, daß der taumelnde Gang simuliert war.

Trappe (203) äußert sich auf Grund eingehend geschilderter Beobachtungen über die hysterischen Kontrakturen folgendermaßen: Sie entwickeln sich stets auf organischer Grundlage, d. h. infolge einer objektiven Erkrankung oder Verletzung in der Peripherie. Die Körperhaltung, in welcher sich die Kontraktur entwickelt entspricht der Haltung, welche das erkrankte oder verletzte Glied aktiv oder passiv eine Zeitlang eingenommen hat. Die erste Ursache dieser Stellung sind meist sensible Reize, die an und für sich gering sein können, aber infolge der hysterischen Grundlage überwertet werden. Die hysterische Kontraktur entsteht dann in der Stellung, bei welcher diese sensiblen Reize ursprünglich am wenigsten schmerzhaft empfunden



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden. Es läßt sich also eine gewisse Gesetzmäßigkeit bei dem Entstehungsmodus der hysterischen Kontrakturen nachweisen.

Die Kieler Dissertation von *Wenzel* (219) bringt aus der Siemerlingschen Klinik die Krankengeschichten von 4 Fällen von hysterischer Gehstörung und einige Literaturangaben.

In dem Fall von *Mitchell* (121) trat nach einem Kopftrauma Mutismus, Aphonie, Anästhesie des Larynx, Rotgrünblindheit auf; nach 1 Jahr verschwanden ohne äußeres Zutun diese Symptome wieder.

Laquer (103) beschreibt einen Fall von zweifellos hysterischer Taubstummheit, die bei einem jungen psychopathisch veranlagten Menschen nach einem heftigen psychischen Erregungszustand auftrat und unter dem Einfluß eines Suggestivunterrichts heilte. Die Differentialdiagnose gegenüber zerebraler Aphasie wird besprochen. Vor kritikloser Anwendung der Hypnose bei hysterischen Symptomen wird mit Recht gewarnt.

Rodiet, *Pansier* und *Cans* (157) haben das Verhalten der Augen in den verschiedenen Stadien des hysterischen Anfalls studiert. Die Aura ist oft gekennzeichnet durch amblyopische Störungen und subjektive Farbenerscheinungen oder weitere visuelle Halluzinationen. Während des klonischen Stadiums sind die Bulbi oft nach oben immobilisiert, die Pupillen anfangs verengt, später erweitert, die Lichtreaktion aufgehoben oder träge; der Cornealreflex fehlt. Gegen Ende dieses Stadiums sind die Bindehäute injiziert. Im Terminalstadium venöse Stauung im Augenhintergrund: allmählich wiederkehrende Pupillenreaktion, oft noch visuelle Halluzinationen.

Redlich (148) weist darauf hin, daß bei Hysterie und Epilepsie gelegentlich durch anhaltende Muskelaktionen eine Erweiterung der Pupille eintreten kann, wobei die Lichtreaktion sehr gering wird, bei erhaltener Konvergenzreaktion. Vielleicht beruhen auch die seltenen Fälle von willkürlicher Erweiterung der Pupille auf diesem Vorgang.

Kafka (91) schildert als Befund bei der Hysterie rechtsseitige homonyme Hemianopsie; charakteristisch für die hysterische Grundlage ist der häufige Wechsel und das rasche Verschwinden der Gesichtsfeldeinschränkung.

A. Westphal (222) beschreibt zwei Fälle von zweifelloser Hysterie, bei denen Anfälle unter dem Bild der Tetanie auftreten, ohne daß die sonstigen Zeichen der Tetanie (*Erb*, *Chvostek*, *Trousseau*) nachweisbar waren. Besonders aber waren beide Fälle durch das von suggestiven Einflüssen abhängige Auftreten vasamotorischer Symptome in den Beinen ausgezeichnet, die auf eine lokale Asphyxie zurückzuführen waren (symmetrische Kälte und Blässe ,Verschwinden der Fußpulse), ohne daß es im weiteren Verlauf der Erkrankung zu trophischen Störungen, wie Gangrän kam. Die Ähnlichkeit dieser Symptome mit den Anfällen des intermittierenden Hinkens und die Notwendigkeit ihrer Abgrenzung von diesem liegt auf der Hand. Hier sind also hysterische Kontrakturzustände der willkürlichen Muskeln mit Spasmen der regionären Gefäßmuskulatur verbunden. Hierher gehören auch die von *Kornrumpf* (97) in seiner Dissertation beschriebenen Fälle, bei denen zum Teil auf arteriosklerotischem Boden, zum Teil aber auch bei anatomisch sicher intaktem Gefäß-

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

system vasamotorische Störungen, Akroparästhesien, disbasische Störungen und Angina pectoris auftraten. Diese Krankheitsbilder haben also neben der organischen oft auch eine ausgesprochen neuropathische Grundlage, und in Fällen der letzteren Art muß man natürlich an angioneurotische Einflüsse denken, welche zu lokalen Ischämien infolge von Gefäßkontraktionen führen können. Vielleicht handelt es sich manchmal auch um angeborene Enge der Gefäßrohre, so daß die Blutversorgung wohl einer mäßigen funktionellen Beanspruchung gerecht wird, aber bei größeren Anstrengungen versagt.

Choroschko (33) teilt 3 Fälle von Neurosen (1 Hysterie, 2 traumatische Neurosen) mit, in denen beträchtliche Temperatursteigerungen ohne nachweisbare somatische Unterlage festgestellt wurden. Simulation war auszuschließen. Der Umstand, daß die Temperaturerhöhungen (ohne entsprechende Pulsbeschleunigung) nach Aufregungen eintraten und nach Beruhigung des Patienten wieder verschwanden, sowie einige andere Momente sprechen nach Choroschko dafür, daß es sich hier um eine Begleiterscheinung der Neurose handelt. (*Fleischmann*-Kiew.)

Mörchen (127) konstatiert, daß es Temperatursteigerungen gibt, für die eine genügende Erklärung in Organerkrankungen nicht gefunden werden kann. Sie kommen vor bei Individuen mit vasomotorischen Neurosen, meist mit Hysterie. Unterscheidende Kriterien gegenüber organisch bedingtem Fieber sind der regellose Typus, die Abhängigkeit von psychischen Vorgängen, die geringe Störung des Allgemeinbefindens, die mangelnde Wirkung der Antipyretika.

Reuter (151) beschreibt bei einem Patienten mit hysterischer Anamnese, suggestive Beeinflußbarkeit und typische hysterische Anfälle, die in einer tiefen Ohnmacht mit träger Pupillenreaktion bestehen und der Natur des Grundleidens nach als hysterische gedeutet werden müssen.

In der Beobachtung *Donaths* (38) traten bei einem neuropatisch belasteten Mädchen nach einem Typhus schlafähnliche Anfälle auf, die sich von echten durch Zittern der Augenlider, Streckkrampf der Extremitäten, Reaktionslosigkeit gegen starke Reize, von hysterischer Bewußtseinsveränderung durch das Fehlen suggestiver Beeinflußbarkeit unterscheiden. Daneben bestanden ausgesprochene hysterische Stigmata. Es erfolgte völlige Heilung.

In der Beobachtung von *Oettinger* (136) traten bei einem Manne mittleren Alters nach einem Unfall Schlafzustände auf, dig von 4 bis 46 Tage dauerten. In den Zwischenpausen psychische Störungen und Hemmung. Nach dem Aufhören der Schlafzustände bestand einige Zeit Stummheit und Taubheit, außerdem ließen sich einige Stigmata nachweisen. Der Fall wird als Hysterie aufgefaßt.

Donath (37) berichtet über zwei Fälle, bei denen ziemlich plötzlich eine weitgehende Amnesie für allen früheren geistigen Erwerb auftrat, dergestalt, daß die nächsten Verwandten nicht mehr erkannt wurden, lesen und schreiben usw. nicht mehr möglich war. Die Vorgeschichte und zahlreiche Stigmata weisen auf den hysterischen Charakter der Amnesie hin. Besserung trat allmählich ein. Der weitgehende Ausfall an Erinnerungsbildern hatte keine Demenz zur Folge, weil, wie Verf. meint, diese Erinnerungsbilder doch bloß latent und unbewußt vorhanden sind und von hier aus auf den Vorstellungsablauf einwirken.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einer Beobachtung von *Wilmanns* (223) hat ein ausgepsrochen psychopathisch Veranlagter nach heftiger psychischer Erregung, Übermüdung, mangelhafter Nahrungsaufnahme und Alkoholexzessen eine brutale Notzucht begangen. In der Untersuchungshaft Nahrungsverweigerung, gewalttätige Erregung, später ängstliche Verstimmung, Sinnestäuschungen. Dabei Anfälle von Temperatursteigerung und maximaler Erweiterung und Reaktionslosigkeit der Pupillen, die als hysterisch gedeutet werden. Der Mann wurde verurteilt, erkrankte im Zuchthause von neuem, wurde im Gnadenweg entlassen, genas und blieb gesund. Differentialdiagnostisch kam absichtliche Simulation, Dementia praecox oder Hysterie in Frage. Die letztere Diagnose wird für die richtige gehalten. Ein krankhafter Zustand im Sinne des § 51 StGB. zur Zeit der Begehung der Tat wird nicht angenommen; es hätten aber die schwere psychopathische Grundlage und die akzidentellen schädlichen Momente mehr betont werden müssen.

Abraham (2) nimmt die Gedanken *Freud* und *Jungs* über die sexuelle Wurzel der Hysterie und der Dementia praecox wieder auf. Da im Lichte seiner Ansicht fast jedes ethische Gefühl, jede soziale Leistung und Fähigkeit, jede künstlerische und wissenschaftliche Tätigkeit auf eine Sublimierung des kindlichen Sexualgefühls zurückzuführen ist, so ist es begreiflich, wenn er das Wesen der Dementia praecox darin findet, daß sie die Fähigkeit zur Sexualübertragung (Sublimierung), zur Objektliebe vernichte. Da diese Sublimierung eine Phase der kindlichen Sexualentwicklung darstellt, handelt es sich bei der Dementia praecox um eine Entwicklungshemmung. Bei der Hysterie dagegen liege eine gesteigerte Sublimierungstendenz vor, eine übermäßige Objektbesetzung.

Jung (88) gibt eine kurze Darstellung von *Freuds* jetziger Auffassung der Hysterie und erläutert dies durch eine Krankengeschichte. Es wird namentlich die Bedeutung des kindlichen Sexuallebens nach *Freuds* bekannter Abhandlung besprochen und der Mechanismus entwickelt, nach welchem bei Störungen dieser Vorgänge eine Hysterie zustande kommen kann.

Thomas (193) sah in einem großen Krankenmaterial nur 0,1—0,6% Kinderhysterie. Am häufigsten waren die hysterischen Erkrankungen der Kinder zwischen 11 und 13. Lebensjahr. Hysterische Stigmata waren ziemlich selten. Meistens handelt es sich um anfallsweise auftretende Zuckungen oder hysterische Kontrakturen.

Tilmann (195) berichtet in einer Dissertation aus der Simerlingschen Klinik über respiratorische Anfälle, die bei einem 44jährigen, nicht belasteten, bis dahin gesunden Manne auftreten und psychisch beeinflußbar sind; weitere Stigmata fehlen. Der Fall wird als Hysterie gedeutet, die unter dem Einfluß einer tuberkulösen Spitzenaffektion zustande kam.

von Voß (214) zeigt an mehreren Fällen, daß auf alkoholischer Basis Dämmerzustände entstehen können, die denen der Hysterie ähnlich sind. Die Differentialdiagnose wird eingehend erörtert.

Thomsen (194), der die von *Westphal* festgelegte Begriffsbestimmung vertritt, führt weiter aus, daß alle anderen ähnlichen Erscheinungen nur dann als Zwangszustände bezeichnet werden dürfen, wenn sie sich im Anschluß an echte Zwangs-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorstellungen entwickeln; alle anderen Zustände soll man als Obsessionen bezeichnen. Bei der nahen Beziehung zur Hysterie muß zur Differentialdiagnose immer wieder auf die *Westphal*sche Definition zurückgegriffen werden. Bei der Hysterie kommen wohl echte Zwangsvorstellungen vor, aber ebenso häufig Übergänge zu den Phobien, zu den überwertigen Ideen und zu der Suggestibilität im allgemeinen. Keinesfalls darf auch das bloße Vorhandensein von Zwangsvorstellungen zur Diagnose Hysterie führen.

E. Meyer (119) giebt in einem klinischen Vortrag eine Darstellung des Ganges der Behandlung bei der Hysterie, betont, daß die Behandlung in erster Linie eine psychische sein muß, die erziehlich wirkt, daß dabei die spezielle physikalische, diätetische oder arzneiliche Behandlung des Einzelsymptoms nicht vernachlässigt, aber auch nicht zu sehr in den Vordergrund gestellt werden darf, daß man die Hypnose nur mit Vorsicht anwenden soll, ebenso wie die *Freud*sche Methode.

Aus der Schilderung *Mohrs* (123) von der religiösen Bewegung in Kassel und Umgegend geht vor allem hervor, wie schnell sich psychische Epidemien verbreiten können; von Los Angelos ist sie in kürzester Zeit nach Kassel gewandert. Der Aufsatz enthält weiter eine interessante Schilderung des „Zungenredens", das sich als eine Art Gedankenlautwerden darstellt; Verf. gibt eine Niederschrift der von einem Beteiligten produzierten Reden.

c) Neurasthenie und Nervosität.

Hier sind zunächst einige größer angelegte Werke zu nennen. *Dubois* (40) bespricht in seinem, in 3. Auflage erscheinenden Buch nicht nur die Psychotherapie („traitement moral") der funktionellen Neurosen, die er für psychisch bedingte anspricht, sondern äußert sich auch über Willensfreiheit und Determinismus und dann über die einzelnen Äußerungen der Neurosen und ihre psychische Wurzel. Der Begriff „morale", den er mit Vorliebe gebraucht, ist etwas weiter zu fassen, als unsere „Sittlichkeit" oder „Ethik". Er versteht darunter die Gesamtheit der altruistischen Ideen, welche die Beziehungen der Menschen zueinander regeln sollen. (Theoretisch ließe sich gegen die Aufstellung eines absoluten Moralbegriffes allerdings mancherlei sagen.) Demgemäß ist, wie er mit besonderem Nachdruck betont, sein traitement moral keine Hypnose, auch keine Suggestion durch persönlichen Einfluß, sondern eine „persuasion", eine Überzeugung und Erziehung, mit der er — unter Umständen langsamer als durch eine Suggestivtherapie — aber sicherer und dauernder eine Heilung und Festigung des Kranken gegen Rückfälle erreicht. Die anderen Behandlungsmethoden müssen damit Hand in Hand gehen. Sein Schüler *Zbinden* (234) vertritt in einer kleinen, von *Hoeniger* ins Deutsche übersetzten Broschüre ähnliche Gesichtspunkte. Für ihn gibt es weder Hysterie noch Neurasthenie als besondere Krankheitsbilder, sondern lediglich nervöse Symptome. Diese aber sind meist psychisch bedingt und werden häufig vermittelt und determiniert durch die neurasthenische Angst, infolge deren die Aufmerksamkeit auf irgendeine körperliche oder nervöse Funktion gerichtet wird. Gelingt es, die Angst dadurch zu beseitigen, daß man das Vertrauen des Patienten gewinnt, so hören auch die quälenden Symptome auf. Vieles von diesen Ausführungen des Verf. muß man



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anerkennen, wenn auch die Psychogenie als alleinige Wurzel der Neurasthenie nicht zugegeben werden kann.

Savill (167), dessen Buch in 4. Auflage erschienen ist, versucht eine scharfe Abgrenzung des Neurastheniebegriffes und eine Analyse der einzelnen Formen der Neurasthenie. Gemeinsam ist nach seinen Ausführungen allen Neurasthenikern eine — angeborene oder erworbene — Schwäche des Nervensystems, die durch die verschiedenartigsten Ursachen zustande kommen kann. Unter diesen Ursachen spielen psychische Momente nur in einer kleinen Anzahl eine Rolle; bei der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um körperliche Störungen, von denen besonders Autointoxikationsvorgänge, z. B. gastrointestinale Erkrankungen, betont werden. Trotz dieser etwas weiten Begriffsbestimmung der Neurasthenie, in welche zum großen Teil auch das aufgeht, was wir mit *Cramer* endogene Nervosität nennen, fordert S. eine scharfe Abgrenzung von der Hysterie und Hypochondrie; die letztere Krankheitsform mutet uns etwas fremdartig an. Bei der Ätiologie der N. meint *S.*, daß sich prädisponierende und auslösende Ursachen nicht scharf trennen lassen, führt aber dann doch vier Momente an, die in der Pathogenese eine große Rolle spielen: Autointoxikation, Ernährungsstörungen, Erschöpfung und psychischer Shok. Als besondere Gruppe hebt *S.* noch heraus die Neurasthenie, welche mit psychotischen Symptomen einhergeht, und teilt sie auch wieder in mehrere Unterabteilungen, deren wichtigste er als zerebrale Neurasthenie und neurasthenisches Irresein bezeichnet; eine Abgrenzung gegenüber den wohlausgebildeten Formen wird versucht. Eine Reihe von instruktiven Krankheitsgeschichten erläutern die Ausführungen des Verfassers.

Bing (17) trennt in seinem klinischen Vortrag zwei Hauptgruppen der Neurasthenie als degenerative oder konstitutionelle und als erworbene oder akzidentelle N. Die erworbene N. entsteht auf intaktem Boden unter dem Einfluß äußerer Momente; aber es handelt sich dabei nicht bloß um eine ausgesprochene affektive Schädigung, die dann besonders stark wirkt, wenn sie auf ein emotionelles Temperament trifft; auch die körperlichen Schädigungen, die eine N. erzeugen können, sind mit diesem affektiven Faktor versehen.

Die konstitutionelle oder degenerative N. ist das, was *Cramer* „endogene Nervosität" nennt, und wird nachgewiesen durch eine hereditäre Belastung, durch Beginn in früher Jugend oder auf dem Boden schon in der Jugend auftretender Abnormitäten und durch körperliche und nervöse Degenerationszeichen. Die Prognose ist bei der konstitutionellen Form schlechter, die Behandlung schwieriger.

Bernheim (14) kennt, wie die ganze französische Schule, die soeben erwähnte scharfe Trennung in konstitutionelle und erworbene Formen nicht. Für ihn ist die Neurasthenie ein Sammelbegriff der verschiedensten psychischen und nervösen Störungen, die er in die Gruppen der Psychasthenie, der Psychoneurasthenie und der einfachen Neurasthenie teilt. Diese Formen haben nach *B.* häufig einen toxischen oder toxisch-infektiösen Ursprung, dem die verschiedenartigsten Erkrankungen zugrunde liegen können. Von der Neurasthenie grenzt *B.* die „Psychoneurosen" ab als eine Erkrankung mit ähnlichen Symptomen, aber ohne toxischen oder organischen Ursprung; es handelt sich hier lediglich um funktionelle, psychogen bedingte


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen, die im Gegensatz zu der ersten Erkrankung einer reinen Psychotherapie zugängig sind. Man sieht, daß diese Einteilung, die eigentlich lediglich therapeutischen Gesichtspunkten Rechnung trägt, den Unterschied auch zwischen der „Psychoneurose" und der Hysterie fast völlig verwischt.

Auch in anderen französischen Publikationen wird hauptsächlich die Streitfrage erörtert, ob die Neurasthenie exogenen Ursprungs ist (toxisch-infektiös oder psychogen bedingt. Hierzu betont *Lépine* (105) in einem kurzen Programm, daß ein Teil der Symptome „organisch" und deshalb einer Psychotherapie nicht zugängig ist; ein anderer Teil der Erscheinungen sei psychisch bedingt; diese psychischen Momente schaffen aber die Neurasthenie nicht, sondern nähren und unterhalten nur die Symptome..

In einer anderen Arbeit (106) geht *Lépine* auf die Pathogenese der N. ein. Hier trifft man wieder die Infektionen und Intoxikationen; von den letzteren wird namentlich der gichtischen Diathese große Bedeutung beigelegt. Alle diese Publikationen drehen sich hauptsächlich um den Streit über den Nutzen der Psychotherapie, ohne für die pathogenetischen Grundlagen der Erkrankung wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen.

Hartenberg (70) steht in seinem breit angelegten Werk auch auf diesem Boden der französischen Schule. Doch versucht er eine scharfe Trennung zwischen Hysterie und N.; die erstere ist eine psychogen bedingte Neurose; bei der Neurasthenie sind die psychischen Erscheinungen der Reflex körperlicher Vorgänge. — Unter den ätiologischen Momenten werden auch hier wieder toxische Vorgänge angeführt. Ausführlicher als die körperlichen Symptome werden die psychischen geschildert: Vielfach liegt ihnen das Gefühl der Müdigkeit zugrunde; vorherrschend ist die traurige Verstimmung neben der gesteigerten Reizbarkeit; diese abnorme affektive Übererregbarkeit stellt eine Schutzmaßregel des Organismus dar, der infolge des Mangels an Hemmungen psychischen Schädlichkeiten eher preisgegeben ist, als ein anderer. Die Zwangszustände werden ebenso wie ausgesprochene psychische Störungen (Melancholie, Hypochondrie) als Komplikationen aufgefaßt, die auf degenerativem Boden entstehen.

Ganunschkin (52) hat aus der französischen Literatur den Begriff der Psychasthenie als einer besonderen Form der Neurasthenie aufgenommen. Darunter versteht er einen neurasthenischen Zustand, der hauptsächlich durch das Auftreten von Zwangsideen und überwertigen Ideen charakteristisch ist. Als psychasthenischen Charakter schildert Verf. eine übergroße Empfindlichkeit, welche sich in Ängstlichkeit, Unentschlossenheit und Zweifelsucht äußert. Solche Charaktere bilden die Vorläufer der eigentlichen Neuropsychose.

Für *Zilocchi* (236) ist die Neurasthenie hauptsächlich ein psychisches Krankheitsbild, und zwar kongenital oder erworben. Von der kongenitalen Form trennt er noch ein Krankheitsbild von besonderen Symptomen und Verlauf ab: die schwere degenerative Psychasthenie. Die konstitutionelle Neurasthenie geht nicht in ausgebildete Psychosen über, die erworbene leichter; es gibt aber melancholische Zustände im Verlauf der Neurasthenie. Zwangszustände hält *Z.* für besonders charakteristisch für N.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kronthal (100) legt seine aus früheren Arbeiten bekannten Anschauungen in einer programmatischen Abhandlung über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Nervenkrankheiten oder, wie er es richtiger bezeichnet, zwischen der Lehre von den Psychosen und von den Nervenkrankheiten nieder. Zum Verständnis der beiden Krankheitsgruppen fordert er strenge Ausmerzung aller philosophischen Begriffe, wie Empfindung und Vorstellung, die naturwissenschaftlichen Beobachtungen nicht zugängig sind. Da wir am Nervensystem nur Reiz und motorische Reaktionen beobachten können, so kann als Nervenkrankheit nur definiert werden der Zustand eines rücksichtlich seiner Zellen gesunden Individuums, bei welchem Mißverhältnisse zwischen etlichen Reizen und Reflexen bestehen.

Demgegenüber ist die Psychose eine Erkrankung, bei der die Gesamtheit der Reflexe verändert ist. Die weiteren Betrachtungen, die *K.* hieran knüpft, gehören nicht in den Rahmen dieses Referats.

In einer für das Verständnis des Laien geschriebenen Broschüre verbreitet sich *Lots* (111) über Pathogenese und Behandlung nervöser Zustände. Für ihn ist die Nervosität die Reaktion eines gesunden Nervensystems chronischen, schädigenden Einflüssen gegenüber, also eigentlich keine Krankheit; dabei müßte er aber doch die Tatsache, daß vielfach nur von vornherein wenig widerstandsfähigen Nervensystemen auf diese Schädlichkeiten so reagiert wird, mehr betonen. Bei seinen ätiologischen Erörterungen spielt eine große Rolle die künstlich (durch die Bekleidung) unterdrückte Reaktion der Hautnerven auf natürliche Reize; in seinen therapeutischen Bestrebungen sucht er durch Barfußlaufen, Frottieren usw. dem Zentralnervensystem Anregungen zuzuführen.

Zur Ätiologie der Neurosen verweist *Jung* (89) wiederum auf *Freuds* Theorie von den verdrängten, gefühlsbetonten Komplexen, namentlich sexuellen Inhalts. In der Diskussion dazu betont *Kesselring* die Bedeutung der Disposition bei der Hysterie und Nervosität; auch *Veraguth* wendet sich gegen die Anschauung, daß *Freuds* Hypothese die letzten Mechanismen dieser Erkrankung erkläre.

Steckel (175) hat in einem größeren Werk ein interessantes kasuistisches Material zusammengetragen, um die Richtigkeit der *Freud*schen Anschauungen für die Entstehung von Neurosen zu erweisen. Die Gedankengänge sind dieselben, die er schon im vorigen Jahr in einer kürzeren Publikation vertreten hat. Bei der Durchsicht der Kasuistik kann man sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren, daß die angeführten Sexualtraumata nicht verdrängt waren oder ein Zusammenhang zwischen ihnen und der Neurose sehr gekünstelt erscheint, besonders da, wo der Zusammenhang aus Traumanalysen erschlossen wird. Aber die Krankheitsbilder, die Verf. gibt, sind als klinisches Material interessant; die angegebenen therapeutischen Maßnahmen haften durchaus nicht einseitig an der Psychoanalyse, sondern weisen namentlich auch für die Prophylaxe der Neurosen viel Beherzigenswertes auf. Besonders auf dem Gebiet der Kindernervosität wird hier und in einer anderen Abhandlung von *Steckel* (174) auf zahlreiche, namentlich in der guten Gesellschaft übliche Mißbräuche: übertriebene Zärtlichkeit, Zusammenschlafen mit erwachsenen Personen usw. hingewiesen, die geeignet sind, frühzeitig sexuelle Regungen zu erwecken, und damit die Ursache von nächtlichem


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufschrecken, Angst, Sexualperversitäten zu werden. Auch dem wird man beipflichten müssen, daß die Nervosität der Eltern oft nicht auf dem Weg der Vererbung (Keimschädigung), sondern infolge des ungünstigen Milieus und der schlechten Erziehung auf die Kinder übergeht, wenn das auch nicht immer auf dem Weg der Sexualtraumata zu geschehen braucht. Für eine spezielle Neurose der Kinder, das Asthma, hebt auch *Stegmann* (179) die Bedeutung der genannten sexuellen Schädlichkeiten hervor und empfiehlt neben Beseitigung dieser vor allem hypnotische oder suggestive Einwirkung. Auf die nahen Beziehungen zwischen Asthma und Stottern macht *Knopf* (96) aufmerksam und betont, daß Stottern eine häufig psychisch bedingte Neurose sei.

Ferenczi (46) führt aus, daß die phychosexuelle Impotenz aus verdrängten Erinnerungsspuren infantiler Sexualerlebnisse abzuleiten sei. Bei starker Disposition brauchen dies keine schweren Traumen zu sein, sondern scheinbar harmlose Kindererlebnisse können dieselbe Rolle spielen.

Über den Versuch *Abrahams* (1), den Zusammenhang zwischen Verwandtenehe und Neurose auf Grund der *Freud*schen Theorien von der kindlichen Sexualität zu erklären, fand in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie eine längere Diskussion statt. *A.* meint, daß in neuropathischen Familien häufig bei Kindern eine abnorme auf Eltern und Geschwister gerichtete Sexualneigung bestehe, die nach Eintritt der Pubertät die Sexualübertragung auf fremde Personen erschwere; deshalb blieben solche Menschen häufig ehelos oder heiraten Blutsverwandte. In der Diskussion wandte sich *Oppenheim* und *Ziehen*, welche die erwähnten Tatsachen anerkennen, gegen ihre von *Abraham* versuchte Deutung im *Freud*schen Sinne.

M. Herz (74) gibt eine sehr klare nnd anschauliche Darstellung einer rein funktionellen, psychogen bedingten Herzneurose, deren Ätiologie er in sexuellen mit Affekt verbundenen Schädlichkeiten erblickt, die natürlich auf dem Boden einer Disposition noch intensiver wirken. Es handelt sich hauptsächlich um nicht oder unvollkommen befriedigte sexuelle Begehrungen. Die Diagnose läßt sich aus den Symptomen von seiten des Zwerchfells, der Atmung und des Pulses und aus dem phrenokardischen Anfall selbst machen. Befunde organischer Herzveränderung können dabei völlig fehlen; doch können auch bei organischen Erkrankungen die phrenokardischen Symptome auftreten. Die Therapie, die hauptsächlich eine psychische ist, wird in einem Schlußkapitel besprochen.

In einer anderen Publikation weist *Herz* (73) darauf hin, daß die Erscheinung eines beweglichen Herzens häufig bei Neurasthenikern beobachtet wird. Die Ursache ist entweder eine der Neurasthenie zugrunde liegende Arteriosklerose, wodurch die Aufhängevorrichtungen des Herzens erschlaffen, oder die funktionelle Muskelschwäche der Neurastheniker, bei der eine Schlaffheit der ganzen Thoraxmuskeln eintritt. Läßt man solche Patienten eine stramme Stellung einnehmen so verschiebt sich mit dem Aufrichten des Thorax auch die Herzspitze.

In einem zusammenfassenden Vortrag schildert *Winkelmann* (224) die nervösen Störungen der Herztätigkeit und betont dabei besonders die Bedeutung der psychischen Faktoren.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tarabini (192) schildert auf Grund von 37 Fällen die nervösen Störungen in der Frequenz und dem Rhythmus der Atmung in ihrer Ätiologie und Bedeutung.

Zur Ätiologie der Neurasthenie führt *Galli* (51) aus, daß nicht selten bei vorausgegangener Syphilis die in verhältnismäßig frühem Lebensalter auftretende Neurasthenie durch arteriosklerotische Veränderungen bedingt werden kann. Gelegentlich zur Obduktion gekommene Fälle zeigen oft die Basalarterien makroskopisch intakt, aber Verdickungen und hyaline Entartungen an der Wand der Kapillaren.

Als Erwartungsneurose bezeichnet *Isserlin* (82) nach dem Vorgang *Kraepelins* ein Krankheitsbild, das eine gewisse Ähnlichkeit mit der monosymptomatischen Hysterie hat. Es handelt sich darum, daß bei gewohnheitsmäßigen Verrichtungen wie Schreiben, Gehen, Einschlafen usw. vor dem Eintritt des betreffenden Ereignisses die Erwartung und Aufmerksamkeit so gespannt wird, daß allerlei pathologische Symptome zustande kommen und schließlich die Ausführung der Handlung unmöglich wird. Psychische Behandlung, namentlich Suggestion, erzielt in den meisten Fällen Heilung.

Hajos (67) erblickt in der vielen Personen eigenen Neigung zu „Erkältungen" einen nervösen, der obigen Erwartungsneurose oder den Zwangszuständen ähnlichen Zustand, der solche Personen immer in Furcht vor Erkältungen leben lasse, sie veranlasse, sich übertrieben dagegen zu schützen und dadurch erst die entsprechende Krankheit auslöse. Die scheinbare familiäre Disposition zu Erkältungen sei durch eine psychische Infektion zu erklären.

In dem von *Schönfeld* (187) mitgeteilten Fall war eine Hypochondrie mit querulatorischen Zügen im Anschluß an einen leichten Unfall entstanden infolge des Kampfes um die Rente. Das Reichsversicherungsamt billigte dem Patienten Vollrente zu, was der Autor mit Recht beanstandet.

In einem ähnlichen Fall von *Windscheid* (229) trat erst 11 Monate nach einer leichten Fußverletzung eine Hysterie auf, nachdem der Antrag auf Rentengewährung auch von der Berufungsinstanz abgelehnt war, war also auch im Kampf um die Rente entstanden. Sie wurde nicht als Unfallfolge anerkannt.

Veckenstedt (207) gibt Symptome und Differentialdiagnose der durch Nasenleiden bedingten Kopfschmerzen, von denen er drei Arten unterscheidet, die lokalen durch Erkrankung der Nasenschleimhaut und der Nebenhöhlen bedingten Kopfschmerzen, die neuralgischen im Verlauf eines Nervenastes direkt oder reflektorisch ausgelösten und die zerebralen oder allgemeinen Kopfschmerzen. Nur die lokalen und in einzelnen Fällen die neuralgischen Kopfschmerzen weisen bestimmt auf eine nasale Ätiologie hin. Es empfiehlt sich, aber auch in anderen Fällen auf Nasenerkrankungen zu untersuchen, wenn auch in manchen Fällen diese nicht die einzige Ursache des Kopfschmerzes sind.

Raab (145), *Jaeger* (83) und *Struve* (184) beschreiben in einer Würzburger und zwei Kieler Dissertationen Fälle von Huntingtonscher Chorea und stellen die einschlägige Literatur zusammen.

Ulmer (206) behandelt in seiner Dissertation ebenfalls einen Fall Huntigtonscher Chorea und gibt einige genauere Schilderungen über die Art der Bewegungs-


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

störungen, vergleicht sie mit den Störungen bei Chorea minor nach der Schilderung von *Foerster*, mit denen sie identisch seien, was sicher nicht für alle Fälle zutrifft. Der Fall *Ulmers* zeigt keine deutliche Demenz, die Bewegungen werden im Schlaf und bei intendierten Bewegungen geringer, dagegen bei psychischer Inanspruchnahme stärker.

Steyerthal (177) gibt eine Übersetzung der verloren geglaubten Originalpublikation *Huntingtons* über die chronische Chorea. Der Hauptteil dieser Publikation ist aber der gewöhnlichen Chorea minor gewidmet, und nur zum Schluß wird die chronische familiäre Form erwähnt, die *H.* auf Long Island beobachtet hat. Als charakteristisch hebt er die Heredität, das Auftreten im erwachsenen Alter und die Neigung zum psychischen Verfall hervor.

v. Hösslin (78) kommt auf Grund eigener Beobachtungen zu dem Resultat, daß die Patellarreflexe bei funktionellen Erkrankungen dauernd fehlen können infolge angeborener Anlage oder bei schweren Erschöpfungszuständen oder bei Hysterie und Neurasthenie. In beiden letzteren Fällen können sie nach Ablauf der Krankheit wiederkehren; das Fehlen der Patellarreflexe ohne organische Erkrankung hält auch *v. H.* für sehr selten.

Herrmann (72) beschreibt in einer Kieler Dissertation einen Fall von Chorea minor rheumatischer Ätiologie bei einem 21jähr. Mädchen, bei dem im Krankheitsverlauf erst Verstimmung, dann halluzinatorische Erregung und Verwirrtheit auftrat.

Auch in dem Fall, den *Powels* (143) in einer Königsberger Dissertation verarbeitet, entsteht bei einem 21jähr. Mädchen die Chorea auf dem Boden einer rheumatischen Infektion, und es bricht gleichzeitig eine Geistesstörung mit deliranten Halluzinationen und Verfolgungsideen aus, die nach etwa 7 Monaten heilt.

Als phriktopathische Empfindung bezeichnet *Jones* (87) höchst unnötigerweise eine Dissoziation der Empfindungen, die im Verlauf funktioneller (nervöser und hysterischer) Anästhesien entsteht.

Walthard (216) vertritt die Auffassung, daß eine wegen Myomerkrankung notwendig werdende Totalexstirpation des Uterus nicht zu nervösen „Ausfalls"-Symptomen führen müsse. Vielmehr sei ein großer Teil der Frauen schon infolge endogener Disposition vor der Operation nervös; bei diesen können durch die Operation ein Teil oder alle nervösen Beschwerden behoben werden, einige bekommen neue nervöse Störungen, die ebenfalls auf eine endogene Grundlage hinweisen. Diejenigen, die vor der Operation nicht nervös waren, werden es auch nach der Operation nicht; ob dabei ein Ovarium belassen wird, spielt keine Rolle.

Senn (168) erweitert diese Ausführungen in seiner Dissertation und gibt die Belege in der Operationsstatistik.

Oppenheim (137) berichtet Fälle meist organischer Hirnerkrankung, bei denen neben den dauernden organischen Symptomen einzelne nervöse Krankheitserscheinungen periodisch auftreten. Nach seiner Auffassung handelt es sich hier um eine, manchen psychischen Vorgängen nahestehende Disposition des Nervensystems zu rhythmischer Betätigung, die erst manifest wird, wenn das Gehirn von einer Schädlichkeit betroffen wird.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Peritz (141) führt in einer Krankenvorstellung an der Hand von Beispielen aus, daß alle Tics Abwehrbewegungen auf äußere Reize (in seinen Fällen von Muskelschwielen) seien; die psychopathische Grundlage sei die Ursache, daß wegen Mangels an Hemmungen diese zwecklosen Abwehrbewegungen nicht unterdrückt würden.

Rosenfeld (161) nimmt eine frühere Beobachtung wieder auf und schildert Fälle, die er als vasomotorische Neurose bezeichnet. Die dabei zeitweise auftretenden nervösen Symptome sind Akrozyanose, Blutandrang, Dermographie, Herzsensation, Schweißausbrüche, Schwindel und Ataxieanfälle. Daneben treten zeitweise psychische Symptome: Verstimmung, Insuffizienzgefühl, Eigenbeziehungen, Selbstvorwürfe auf. Indem andere funktionelle Psychosen hier auszuschließen sind und auch in den meisten Fällen sich keine Zeichen der Arteriosklerose finden, faßt *R.* diese Krankheitsbilder trotz ihrer individuellen Mannigfaltigkeit zu einer vasomotorischen Krankheitsgruppe zusammen.

Zur Therapie der Neurosen liegen zahlreiche Publikationen vor.

E. Beyer (15) fordert, daß die Nervenheilstätten auch heilbare körperliche Kranke (z. B. Blutarme, Rekonvaleszenten) aufnehmen. Die Arbeit soll nicht als Heilmittel betrachtet werden.

Dagegen hebt *Worbs* (231) hervor, daß frühzeitig nach dem Unfall beginnende Arbeitstherapie in $^2/_3$ der Fälle die Erwerbsfähigkeit erhöht. Bei beamteten Angestellten sind die Erfolge geringer als bei Arbeitern.

Die therapeutischen Grundsätze *Dubois*' (40) wurden schon oben gestreift. Namentlich wendet er sich scharf gegen Suggestion und Hypnose und verlangt eine Erziehungstherapie der Nervösen.

E. Müller (128) gibt in einem klinischen Vortrag eine allgemeine Darstellung der Behandlung der Neurastheniker, die für ihn im wesentlichen eine Suggestivbehandlung ist. Vor der Hypnose warnt er auch. Besondere Gruppen der Neurasthenie werden nicht unterschieden; daher wird auch wohl die Behandlung des erschöpften Nervensystems nicht genügend betont.

Im Gegensatz dazu betont *Bing* (16) die Wichtigkeit einer medikamentösen und diätetischen Behandlung, namentlich für die akquirierten Formen der Neurasthenie, und gibt dafür genaue Indikationen, ohne den Wert der Psychotherapie zu unterschätzen. Es wird die Anwendung der Brompräparate, Kodein, Cannabis indica, Baldrianpräparate, Arsenik usw. genau erörtert, ferner eine rationelle Form der Überernährung, Verwendung einer fleischarmen Diät usw. geschildert.

Weisswange (218) schildert in einer populär gehaltenen Schrift die in der Lebensweise usw. gelegenen Ursachen der weiblichen Nervosität und gibt in der Erziehung und Ernährung Mittel zu ihrer Verhütung.

Als dystrophische Nervosität bezeichnet *Siegert* (173) einen bei Kindern durch unzweckmäßige Ernährung, namentlich durch Überladung mit Milch, Eiern und Fleich bei relativ geringem Kohlenhydratgehalt der Nahrung bedingten Zustand. Die Therapie ist dementsprechend Herabsetzung des Eiweißgehaltes der Nahrung, Vermeidung von Hülsenfrüchten, Schokolade, Ersatz durch reichliche vegetabilische Kost, Gemüse, Obst, Salat.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In umfassender Weise gibt *Eulenburg* (45) zuerst eine Einteilung des Neurastheniebegriffes, von dem er die Phobien und Angstzustände als Psychasthenie abgrenzt, und dann eine Darstellung der Behandlung der Neurastheniker. In erste Linie stellt er die psychische Behandlung, Ruhe, Fernhalten der Reize, Übung und Arbeit, klimatische und Bäderbehandlung und verbreitet sich dann über die diätetische und medikamentöse Behandlung.

Nola (134) tritt für Winterkuren, Wintersport im Hochgebirge bei Nervösen ein und fügt hinzu, daß dabei die medikamentöse Behandlung namentlich mit Narcoticis reduziert werden könne.

Tobias (199) hält das Vierzellenbad nicht nur für ein suggestives Heilmittel, sondern schreibt ihm einen direkten Einfluß bei der Behandlung von Angst, Schlaflosigkeit, Neuralgien zu.

Siebelt (172) empfiehlt Vibrationsmassage bei Herzneurose, Hemikranie, nervösem Kopfschmerz, *Strasser* und *Berliner* (182) Duschenmassage bei Beschäftigungsneurosen.

Ziehen (235) bespricht die Anwendung der Schlafmittel bei Nervenkranken nach speziellen Indikationen, je nachdem die Ursache der Schlaflosigkeit gesteigerte Affekterregbarkeit, motorische Unruhe, Erschwerung des Einschlafens oder häufiges Wiedererwachen ist.

d) Die Schilddrüsenerkrankungen.

v. Schrötter (188) führt an der Hand einer klinischen Schilderung zweier Fälle aus, daß es sich beim Basedow um qualitativ verschiedenartige Störungen der Schilddrüsensekretion handeln könne, daß vielleicht auch gleichzeitig Störungen anderer Organe mit innerer Sekretion auftreten können. So erklärt sich die Kombination atypischer Symptome, das Vorkommen von Pigmentbildungen nach Art des Addison usw. In dem einen der von *Schrötter* geschilderten Fälle fand sich eine subkutane starke Fettanhäufung im Bereich der unteren Körperhälfte. Die mikroskopische und chemische Untersuchung dieses Fettes ergab keine Abweichungen von den Befunden bei Fettbildung anderer Ätiologie.

R. Stern (176) befürwortet in einer größeren Studie ebenfalls eine Auflösung des Basedowbegriffes in mehrere Unterabteilungen. Als Hauptgruppen nennt er den echten klassischen Basedow und ihm gegenüber das Basedowoid. In der ersten Hauptgruppe, bei deren Fällen nur die Kardinalsymptome zu finden sind, zählt als Abart der auf psychopathischem Boden entstehende „degenerative B.“, bei dem eine Reihe von nervösen Symptomen meist schon vor der Kropferkrankung vorhanden waren und nach ihrer Heilung bleiben. Zu der 2. Hauptgruppe zählt „formes frustres“ und das „Kropfherz“. Beide Hauptgruppen lassen sich scharf trennen in bezug auf Beginn (beim echten B. plötzlich, alle Symptome auf einmal, beim Basedowoid allmählich, oft unter jahrelangem Vorhergehen eines Symptomes), in bezug auf subjektive Symptome und Ausgang, der bei echten Fällen nach verhältnismäßig kurzer Zeit zur Genesung oder zum Tode führt, während bei den abortiven ein chronischer Verlauf die Regel ist. Übergänge und Umwandlungen der einen Form in die andere gibt es nicht.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grober (61) zeigt an der Stammtafel einer Basedow-Familie, daß sich nicht so sehr die Krankheit selbst vererbt, als eine Konstitutionsschwäche, die je nach den exogenen oder endogenen Einflüssen, denen das Individuum ausgesetzt ist, als Diabetes, als Basedow, als Epilepsie auftritt.

Hart (68) erwähnt einen Fall eines 29jährigen Mannes mit basedowartigen Herzbeschwerden, bei dessen plötzlichem Tod sich eine persistierende Thymus fand. Er glaubt, auch auf Grund von Tierversuchen, daß es sich hier um toxische Sekretion von seiten der persistierenden Thymus handle. Auch bei schweren und plötzlich endenden Basedow-Fällen müsse man mit der Möglichkeit einer persistierenden Thymus neben der Struma rechnen. *Capelle* (29) stellt ähnliche Fälle aus der Literatur und eigener Beobachtung zusammen. Namentlich bei den nach Kropfoperation plötzlich sterbenden Basedow-Kranken fand sich persistierende Thymus. Der klinische Nachweis einer solchen ist also eine Kontraindikation gegen Kropfoperation bei Basedow.

Über den Zusammenhang zwischen akuter, nicht eitriger Entzündung der Schilddrüse und Basedow berichten *Dunger* (41) und *Apelt* (4) bei verschiedenen Fällen. Der erstere gibt die leicht zu stellende Diagnose dieser Thyreoiditis und hebt hervor, daß Infektionskrankheiten aller Art die Ursache sein können. *Hufnagel* (79) sah Thyreoiditis und Basedow bei Skrophulose und Spitzenkatarrh auftreten.

Carrier (30) zeigt an 2 Fällen, daß ausgesprochene psychische Störungen bei Basedow noch einer Nebenursache bedürfen: chronischer Alkoholismus oder schwere psychopathische Belastung.

Ramadier und *Marchand* (146) kommen auf Grund systematischer makroskopischer und mikroskopischer Schilddrüsenuntersuchungen bei Geisteskranken zu dem Resultat, daß außer bei Myxödem und Kretinismus kein ätiologischer Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Schilddrüse und Geistesstörungen besteht. Man findet bei chronischen Geisteskranken alle möglichen Organe häufig verändert, deshalb nicht selten auch die Schilddrüse. Dasselbe gilt von den Untersuchungen von *Claude* und *Schmiergeld* (34), die bei 17 Epileptikern Verkleinerung der Schilddrüse durch Sklerose, adenomatöse Wucherung und Zystenbildung fanden.

Sainton und *Rathery* (164) schildern einen Fall von Basedow, bei dem in kurzer Zeit häufige Schwankungen der Weite und Gleichheit der Pupillen auftraten, was von ihnen auf toxisch-infektiöse Einflüsse zurückgeführt wird.

Von *Pribran* und *Porges* (144) und von *Rudinger* (162) liegen Stoffwechseluntersuchungen bei Basedow vor. Es zeigt sich der Grundumsatz der Basedow-Kranken erhöht, und er kann durch Eiweißabstinenz nicht herabgesetzt werden.

Caro (32) und *Gordon* und *Jagic* (58) fanden bei Basedow eine Verminderung der Leukozytenzahl bis 50% und Vermehrung der Lymphozyten, und zwar sowohl bei den ausgesprochenen Formen, als bei dem Basedowoid (*Stern*); bei letzterem nur quantitativ geringer. Zur Diagnose abortiver Formen kann der Blutbefund herangezogen werden.

Bei Myxödem fanden *Bence* und *Engel* (12) in 5 Fällen relative Lymphocytose und Hypereosinophilie. Wahrscheinlich handelt es sich um lymphoide Metaplasie des Knochenmarks.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Remie (150) berichtet über eine Kombination von Basedow mit Myasthenie und führt auch die myasthenischen Erscheinungen auf eine Funktionsstörung der Schilddrüse zurück.

In dem Fall von *Hellpach* (71) traten bei einer an Basedow leidenden Kranken religiöse Erregung und religiöse Wahnideen auf, die nach einer Besserung des Grundleidens weniger lebhaft wurden. *H.* hat den Fall aus anderen, nicht klinischen Gründen, namentlich mit Rücksicht auf die Entstehung psychischer Epidemien, genau analysiert, worauf hier nicht eingegangen werden kann.

Kron (99) analysiert an zwei Fällen die Beziehungen der pathologisch funktionierenden Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Die innere Sekretion der Ovarien wird durch die Hypersekretion der Schilddrüse gestört; die Brustdrüse kann atrophieren; die Gravidität kann gestört werden, während andererseits die veränderten Genitalorgane auch ungünstig auf die Entwicklung der Basedow-Krankheit einwirken.

Zur Therapie gibt *Bernhardt* (13) eine übersichtliche Darstellung der operativen, galvanischen und medikamentösen Behandlung des Basedow; von allen diesen Maßnahmen werden die empfehlenswertesten eingehend geschildert; man vermißt nur einige Worte über die diätetische Behandlung auf Grund der neueren Stoffwechseluntersuchungen.

Buschan (27) gibt eine allgemeine Übersicht über die Anwendung der Organtherapie des Basedow.

Edmunds (43) sah in einigen Fällen gute Erfolge durch Darreichung von Milch thyreoektomierter Ziegen, nachdem medikamentöse Behandlung sich als unzulänglich erwiesen hatte.

Baumann (9) hat in einem Fall sehr gute Erfolge mit Antithyreoidin gehabt, von dem im ganzen 30 cbcm steigend von 3×8 bis 3×10 Tropfen täglich gegeben wurden, dabei Ruhe und leichte gymnastische Übungen.

Mc Cosh Andrew (2a) empfiehlt operative Entfernung eines Teils der Schilddrüse und Unterbindung der Arterien und gibt statistische Mitteilungen über seine Operationserfolge.

Riedel (152) gibt eine Statistik von 80 Kropfoperationen bei Basedow; die Erfolge sind gut. Er tritt für frühzeitige Operation ein und will die konservative Behandlung höchstens bei B. ohne nachweisbaren Kropf empfehlen. Er entfernt den größten Teil der Schilddrüse, läßt beiderseits Reste zurück und schont auch die Art. hyreoidea sup. sin. Cachexia strumipriva hat er nie gesehen.

Hildebrandt (75) rät zur Operation, nachdem kurze Zeit ohne Erfolg konservative Behandlung versucht wurde. Er empfiehlt Entfernung einer Schilddrüsenhälfte, eventuell außerdem Unterbindung der Gefäße der anderen Hälfte. Dabei ist Lokalanästhesie der Allgemeinnarkose vorzuziehen.

Stiller (181) hat gute Erfolge selbst bei weitgehenden Zirkulationsstörungen des Basedow bei Höhenaufenthalt bis 1500 m gesehen. *Schwarz* (191) berichtet über die Behandlung von 40 Fällen von B. mit Röntgenstrahlen. Ernährungszustand, Schweiße, Diarrhoen, Herz- und psychische Symptome wurden günstig beeinflußt. Die Struma ging langsam zurück.

Digitized by


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Carrison (31) hat in einer Kropfgegend beobachtet, daß der Kretinismus nicht ei den Kropfbehafteten selbst, sondern bei ihren Nachkommen auftritt, bei frisch ingewanderten Familien oft erst in der 3. Generation. Der bei Kretinen selbst vorkommende Kropf ist erst sekundär und nach dem Entstehen des Kretinismus aufgetreten. Die Ursache des Kropfes sei Infektion; Tuberkulose und Syphilis der Aszendenz sei weniger wichtig. Es wird eine myxödematöse und eine nervöse Form von Kretinismus unterschieden.

4. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

1. *Ajello*, Sulla psicosi di Korsakoff. Contributo clinico ed anatomopatologico. Gazzetta Sanitaria 1907. Nr. 11—12. (S. 189*.)
2. *Aschaffenburg*, Künstliche Gehörstäuschungen bei Delirium tremens. Deutsche medizin. Wochenschr. Nr. 39. S. 1663. (S. 185*.)
3. *Balser*, *Aull* und *Waldschmidt*, Der Alkoholismus. Seine strafrechtlichen und sozialen Beziehungen. Seine Bekämpfung. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. VI. Bd. Heft 2—3. (S. 184*.)
4. *Benon et Gelma*, Les délires à éclipse chez les alcooliques. Annal. médico-psychol. Juli-August. S. 78. (S. 187*).
5. *Bourdin*, Un cas de délire à éclipse chez un dégénéré alcoolique. Ebenda. S. 87. (S. 188*.)
6. *Bratz*, Zur Ätiologie der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. Nr. 22. S. 1063. (S. 188*.)
7. *Ceni*, Sulla pellagra sperimentale nei polli con particolare riguardo alla natura delle sostanze alimentari e alla stagioni dell'anno. Riv. speriment. di freniatria. Vol. XXXIV. Fasc. I. (S.190*.)
8. *Ceni*, I veleni delle muffe pellagrogene e le stagioni dell'anno. Riv. speriment. di freniatria. Vol. XXXIV. Fasc. I—II. (S. 190*.)
9. *Clérambault*, Sur un cas de délire à deux avec modes de début et de collaboration un peu spéciaux. Intoxication suraiguë par l'alcool à brûler chez l'une des codélirantes. Arch. de Neur. Nov. 1907. (S. 188*.)
10. *Cotton*, Alcohol as un etiological factor in mental disease. Americ. Journ. of Insanity. LXIV. No. 4. April. (S. 184*.)



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

11. *Damaye*, Considérations thérapeutiques sur les troubles mentaux d'origine toxique. La médication jodée. L'Écho médical du Nord. 9. Août. (S. 183*.)
12. *Graeter*, Ein angebliches Abstinenzdelirium. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1. Dezemberh. S. 853. (S. 185*.)
13. *Gregor*, Zur Kenntnis des Zeitsinnes bei der Korsakowschen Geistesstörung. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XXIII. H. 6. S. 477. (S. 190*.)
14. *Hankeln*, Ein Fall von Bromismus. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 3. S. 366.
15. *Holitscher*, Zur Frage von den Abstinenzdelirien. Psych.-neur. Wochenschr. X. Nr. 14—17. (S. 185*.)
16. *Holzmann*, Blutdruck bei Alkoholberauschten. Arch. f. Psych. Bd. 45. H. 1. S. 92. (S. 187*.)
17. *Jahrmärker*, Krankhafte Rausch- und Affektzustände. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. V. H. 1. S. 26. (S. 186*.)
18. *Kutner*, Der pathologische Rausch. Med. Klin. Nr. 36. S. 13.. (S. 186*.)
19. *Lapinsky*, Zur Kasuistik der polyneuritischen Psychose. Arch. f. Psych. Bd. 43. H. 3. (S. 189*.)
20. *Lukács* und *Fabinyi*, Zur pathologischen Anatomie der Pellagra. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 2. S. 657.
21. *Marie*, La Pellagre. Paris, Giard et Brière. (S. 190*.)
22. *Montesano*, Sul reperto dei plasmatociti nei centri nervosi di conigli intossicati con l'alcool. Riv. speriment. di freniatria. Vol. XXXIV. Fasc. I—II. (S. 187*.)
23. *Mueller*, Morphinismus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. S. 219.. (S. 190*.)
24. *Näcke*, Die Zeugung im Rausche und ihre schädlichen Folgen für die Nachkommenschaft. Neur. Zentralbl.. Nr. 22. S. 1058. (S. 186*.)
25. *Neussell*, Das Verhalten der Pupillen bei Alkoholismus. Psych. Arbeiten. Herausg. von *Kraepelin*. V. Bd. H. 3. S. 40.. (S. 187*.)
26. *Olbertz*, Über die klinische Stellung des Eifersuchtswahns. Inaug.-Dissert. Bonn. (S. 189*.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27. *O'Malley* and *Franz*, A case of Polyneuritis of autotoxie origin with Korsakows syndrome, with report of autopsy and microscopical findings. Americ. Journ. of insanity. Vol. LXV. Nr. 2. S. 280. (S. 190*.)
28. *Pfister*, Trunksucht als Todesursache in Basel in den Jahren 1892—1906. Virchows Arch. CXCIII. H. 2. S. 290. (S.183*.)
29. *Reichlin*, Di un reparto negativo d'infiltrazione perivascolare nel sistema nervoso centrale di conigli alcoolizzati. Rivista speriment. di freniatria. Vol. XXXIV. Fasc. I—II. (S. 187*.)
30. *Reiss*, Klinisch-psychologische Untersuchungen an Alkoholberauschten. Psychol. Arbeiten, herausg. von *Kraepelin*. Bd. V. H. 3. S. 371. (S. 186*.)
31. *Schwartz*, Auto-dénonciation chez un alcoolique dégénéré et mythomane. Ann. méd.-psychol. Nov.-Déc. S. 383. (S.188*.)
32. *Stegmann*, Die Ursachen der Trunksucht. Die Alkoholfrage. H. 1. S. 81. (S. 183*.)
33. *Voss*, Zur Ätiologie der Dämmerzustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 2. Septemberh. S. 678. (S. 188*.)
34. *Wassermeyer*, Delirium tremens. Eine klinische Studie. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 3. S. 861. (S. 184*.)

a) Allgemeines.

Bei Infektions- und Intoxikations-Psychosen empfiehlt *Damaye* (11) die Darreichung großer Dosen von Jod und Jodkalium subkutan 100 oder 120 ccm einer Lösung von 1,0 Jod, 20,0 Kal. jod. in 1000 Wasser alle 2 Tage oder per os ½—2 g Jodkalium und läßt dazu, wenn kein Fieber besteht, rohes Fleisch oder besser noch Fleischsaft geben. Durch diese Medikation, frühzeitig angewandt, soll die Widerstandsfähigkeit des Organismus und die Wirkung der Phagozyten gestärkt und zugleich verhütet werden, daß die toxischen Substanzen ihren unheilvollen Einfluß bis zu chronisch bleibenden Schädigungen des Gehirns und der psychischen Funktionen fortsetzen.

b) Alkoholismus.

Als Ursachen der Trunksucht führt *Stegmann* (32) an: krankhafte Anlage meist als Imbezillität, angeborene oder durch äußere Einwirkungen (Unfälle, körperliche Krankheiten, Sorgen) erworbene Widerstandslosigkeit gegenüber dem Alkohol, Gemütsbewegungen bei mangelhafter Charakterfestigkeit, Verführung, Zwang der Trinksitten und Unkenntnis von den Wirkungen der geistigen Getränke.

Pfister (28) hat die Mitwirkung des Alkoholismus bei den Todesursachen für die in den Jahren 1892 bis 1906 in Basel Gestorbenen zu erforschen versucht. Die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahl der Todesfälle überhaupt belief sich auf 12 486 Männer und 12 387 Frauen. Alkoholismus als alleinige oder mitwirkende Ursache war in der Statistik angegeben bei 760 Männern und 116 Frauen. Bei den Todesfällen von Männern zwischen 20 und 80 Jahren fand sich Alkoholismus in 10,5%, bei den Frauen im gleichen Alter 1,5%. Von den im Alter zwischen 40 und 50 Jahren gestorbenen Männern war fast ein Fünftel (18,1%) Trinker, beinahe die Hälfte der an Krankheiten der Digestionsorgane, ein Drittel der Pneumoniker, ein Viertel der Selbstmörder, der an Morbus Brightii und an Krankheiten der Zirkulationsorgane Gestorbenen waren Alkoholiker.

Cotton (10) bespricht kurz den Alkoholmißbrauch als direkten, indirekten und hereditären Faktor für die Entstehung der Psychosen. Beim Vergleich der *Kraepelin*schen Statistik für München 1905 mit den Angaben *Mitchell*s über die Alkoholpsychosen in dem Danvers Insane Hospital während 5 Jahre fällt auf, daß in letzterem der Prozentsatz für das Delirium tremens beinahe 3 mal so groß ist, als in der Münchener Klinik, was wohl auf die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung, in Amerika Whisky, in München Bier, zurückzuführen ist. Der Prozentsatz der Trinker unter den aufgenommenen Männern im Danvers Insane Hospital ist von 1903 bis 1906 um 6% gestiegen.

In den Sitzungen für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen am 9. Dezember 1906 und am 4. Mai 1907 referierte *Balser* (3) über die forensische Bedeutung des Alkoholismus unter Anführung vieler selbstbeobachteter Fälle in eingehender Weise, Assessor *Aull* beleuchtete an der Hand des aus der Literatur entnommenen statistischen Materials den mittelbaren und unmittelbaren Einfluß des Alkohols auf die Kriminalität und die verschiedenen Delikte, und *Waldschmidt* hebt bei der Besprechung der Behandlung der Alkoholisten vor allem die Notwendigkeit von Heilstätten hervor, die unter ärztlicher Leitung stehen und zum Teil offene für freiwillig Eintretende, zum Teil geschlossene, zur zwangsweisen Unterbringung von Alkoholisten berechtigte sein müssen.

Wassermeyer (34) unterzieht das Material, das ihm die Kieler psychiatrische Klinik aus den Jahren 1901 bis 1907 an Alkoholdeliranten bot, 284 Fälle, einer eingehenden Bearbeitung und liefert, da er die neuere Literatur vollständig berücksichtigt, ein ausführliches Bild über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von dem Delirium tremens. Hier können nur einige Punkte hervorgehoben werden. Die Häufigkeit der Gesichtstäuschungen bestätigt *W.* durch die Angabe, daß bei 154 Fällen in 141 die Visionen überwiegend waren, in 9 Fällen die Acoasmen und in 4 Fällen taktile Halluzinationen. Von 180 Kranken berichten 125 über Visionen von Tieren, größeren und kleineren, von Flöhen bis Elephanten. Die Sinnestäuschungen sind meist echte Halluzinationen, mitunter mit Illusionen kombiniert. Daß die meisten Halluzinationen in den Kranken hineingefragt werden, trifft nicht zu, doch ist es richtig, daß Deliranten äußerst suggestibel sind und sich bei ihnen leicht Halluzinationen erzeugen lassen. Anisocorie bestand bei 74 Kranken, träge Lichtreaktion bei 79, bei 47 Steigerung der Sehnenreflexe, bei 5 erhebliche Herabsetzung des Patellarreflexes. Unter 241 Fällen fand sich 159 mal Eiweiß im Urin, von 111 Deliranten mit epileptischen Anfällen hatten 79 Eiweiß. Die Dauer der einfachen Delirien war 3,25 Tage, die Abstinenzdelirien dauerten 2,45 und die mit


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Infektionskrankheiten und schweren Verletzungen komplizierten fast 4 Tage. Es gibt „atypische Delirien" mit paranoischen Beimischungen und der Neigung, nicht völlig auszuheilen, sie sind aber selten. In der pathologischen Anatomie des Del. trem. scheinen kapilläre Blutungen im Zentralnervensystem eine erhebliche Rolle zu spielen, vielleicht ist auf sie ein großer Teil der passageren Symptome, z. B. Albuminurie, Schweißausbruch zurückzuführen. Unter gleichen Bedingungen befällt das Del. trem. das weibliche Geschlecht in derselben Weise wie das männliche. — *W.* sieht das Del. trem. als eine Exazerbation der chronischen Alkoholvergiftung, nicht als eine Autointoxikation infolge eines durch Alkohol erzeugten Stoffwechselgiftes an. In 3,87% der Fälle war plötzliche Abstinenz Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit, die aber einen kürzeren und milderen Verlauf zeigte. 43,66% der Deliranten litten an Epilepsie. Von sämtlichen Fällen starben 27, d. i. 9,5%. In der Therapie redet W. bei drohender Herzschwäche neben der Anwendung von Digitalis oder Strophantus der Darreichung von Alkohol bis zu 90 ccm in Selterswasser das Wort.

Die noch immer strittige Frage der Abstinenz-Deliriums suchte *Holitscher* (15) durch eine Umfrage bei Psychiatern und Leitern von Trinkerheilanstalten der Lösung näher zu bringen. Er erhielt 62 Antworten, aus denen er den Schluß zog, daß „es sehr selten vorkommende Fälle gibt, man kann sagen, auf Hunderte von Deliranten und zum Delirium reifen Trinker einen, in denen einige Tage nach der unvermittelten Entziehung des Alkohols ein gewöhnlich leichtes und ungefährliches Delirium auftritt, für das sich keine der Ursachen auffinden läßt, die sonst für das Auftreten des Deliriums verantwortlich gemacht werden, wie Verletzungen, Infektionskrankheiten, psychische Erschütterungen, Operationen usw." In den Anstalten wird, abgesehen von Ausnahmen bei Kollaps, Herzschwäche und allenfalls Pneumonie, durchweg der Alkohol den aufgenommenen Kranken sofort entzogen. Die prophylaktische Darreichung von Alkohol zur Verhütung eines Deliriums ist irrationell, und daher erklärt es *H.* für eine berechtigte Forderung, daß Internisten und Chirurgen sich von dem in den Kliniken noch geübten Brauche losmachen und allen Trinkern, gleichgültig, aus welcher Ursache sie spitalbedürftig geworden sind, den Alkohol sofort gänzlich entziehen.

Graeter (12) erkennt den Fall von *Hosch* (s. Literaturbericht über 1907 S. 177*) nicht als ein reines Abstinenzdelirium an, da dem Anfall bereits eine Reihe deliriöser Zustände während des Potatoriums voraufgegangen und da Komplikationen, Störungen der Atmungs- und Verdauungsorgane und epileptischer Anfall, vorhanden waren. Er hält den zwingenden Beweis für einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Abstinenz und Delirium tremens bis jetzt nicht für erbracht und weist nach seiner und anderer Erfahrung darauf hin, daß trotz tausendfältiger plötzlicher Entziehung von Alkohol bei Alkoholikern in Irrenanstalten und Trinkerasylen kein Fall von Abstinenzdelirium ohne komplizierende Ursache (Pneumonie, Inanition, Gefängnishaft) bekannt geworden ist.

Entsprechend den *Rieger*schen Versuchen, bei Deliranten durch Vorhalten eines weißen Blattes künstlich Gesichtshalluzinationen hervorzurufen, versuchte *Aschaffenburg* (2) durch Aufforderung, an das Telephon zu kommen, bei Deliranten


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gehörstäuschungen hervorzurufen. Es gelang ihm dies in vielen Fällen, doch fand er das Symptom nicht so häufig wie das Auftreten von Gesichtshalluzinationen bei Druck auf das Auge und mißt den peripherischen Reizen bei dem Hervorrufen von Halluzinationen eine größere Bedeutung zu, als es von anderer Seite (*Reichardt*) geschieht.

Kutner (18) schildert in der Form eines klinischen Vortrags das in seinen Symptomen recht mannigfaltige Krankheitsbild des pathologischen Rausches, weist besonders auf das Fehlen der körperlichen Erscheinungen der gewöhnlichen Trunkenheit, Taumeln, ataktische Bewegungen, lallende Sprache und auf das häufig vorkommende und noch ein bis zwei Tage nach Ablauf der psychischen Symptome nachweisbare Fehlen oder Abgeschwächtsein der Sehnenreflexe und der Pupillarreaktion hin und betont die Schwierigkeiten, die in forensischen Fällen dem Sachverständigen dadurch erwachsen, daß er sein Gutachten fast immer lediglich nur auf eine Untersuchung erst nach Ablauf des Zustandes und auf Zeugenaussagen stützen kann.

Jahrmärker (17) bespricht neben 3 Fällen von pathologischer Alkohol- und Affektwirkung bei zwei Traumatikern und einem Epileptischen ausführlich einen Fall, wo ein Mann, der 1901 wegen der unter Alkoholwirkung und unter dem Einfluß eines überaus heftigen Affektes begangenen Tötung seiner Ehefrau zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt und nach 3½ Jahren begnadigt worden war, im November 1907 seine zweite Frau, ebenso wie die erste, durch einen Schnitt in den Hals tötete und sich darauf selbst erhängte. Krankhafte Verstimmungen, die er in den letzten Jahren etwa alle 4 Wochen gezeigt hatte, legen den Verdacht an Epilepsie nahe. Es war klar, daß der zweite Mord und der Selbstmord in einem krankhaften Zustande verübt worden waren, was von der ersten Tat auch nachträglich nicht mit Sicherheit zu behaupten war.

Näcke (24) äußert gegenüber dem modernem Schlagwort von dem Zusammenhang zwischen Rausch und Zeugung minderwertiger Nachkommen Bedenken, er will die Unmöglichkeit dieses Zusammenhanges nicht, wohl aber die außerordentliche Schwierigkeit seines Nachweises behaupten. Die Frage nach dem Faktum der Zeugung und nach dem genügenden Grade des Rausches ist schwierig zu beantworten, noch schwieriger ist die Ausschließung von sonstigen Krankheiten oder von Minderwertigkeit des Mannes oder des Weibes im Augenblick der Zeugung. Man müßte, was bisher noch nicht geschehen ist, einen allen Ansprüchen einer strengen Kritik genügenden Fall bekannt geben; erst dann ließen sich die Bedenken zerstreuen.

Zu seinen klinisch-psychologischen Untersuchungen an Alkoholberauschten benutzte *Reiss* (30) 72 Fälle von Betrunkenen, die in der Münchener psychiatrischen Klinik aufgenommen wurden, und fand im allgemeinen die gleichen Störungen, die aus den experimentalpsychologischen Untersuchungen über akute Alkoholwirkung bekannt sind: starke Erschwerung aller geistigen Leistungen, Störung der Auffassung und Erschwerung der Verarbeitung äußerer Eindrücke, sowie bei einem Teil der Untersuchten Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben. Auffallend groß ist die Rolle, die das Schwanken der Aufmerksamkeit zeigte. Mehr als 50 der Untersuchten waren chronische Biertrinker, und dadurch erklärt sich die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Vordergrunde stehende große Stumpfheit und die Euphorie als vorherrschende Grundstimmung. Störung der Lichtreaktion der Pupillen fand sich in 25% der Fälle, gänzliches Fehlen aber nur in einem Falle bei einem sehr schwer Berauschten. Bei 19, sämtlich chronischen Alkoholisten, fehlte im Rausche der Patellarreflex, bei 14 von diesen war der Reflex bei der am folgenden Tage stattfindenden zweiten Untersuchung stark gesteigert. Bei einigen wenigen Untersuchten wurden während des Rausches Sinnestäuschungen beobachtet.

Neussell (25) fand bei seinen Untersuchungen über die Frage, ob bei chronischem Alkoholmißbrauch die Pupillenreaktionen irgend welche Dauerstörungen erleiden können, folgendes: 1. die Pupillen der 63 untersuchten Alkoholkranken zeigten in bezug auf ihre Größe keine von Gesunden wesentlich abweichenden Befunde. 2. Die Lichtreaktion war im weitaus größten Teil der Fälle ausgiebiger als bei Gesunden. In ca. 3% zeigte sie sich vermindert, zum Teil im Zusammenhang mit einer Arteriosklerose. 3. Reflektorische Starre fand sich nie und ebensowenig fehlte die sekundäre Reaktion. 4. Die Reaktionszeiten bewegten sich zumeist in gesunden Grenzen, zum Teil erschienen sie verkürzt und in wenigen (4) Fällen verlängert. 5. Die psychischen und sensiblen Reize wurden nie vermißt. 6. Anisocorie fand sich sehr selten.

Holzmann (16) untersuchte unter möglichstem Ausschluß von Personen mit pathologischem Rauschzustande, insbesondere von Epileptikern, 27 in die Münchner Klinik eingelieferte Alkoholberauschte bezüglich ihres Blutdrucks und kam zu folgenden Resultaten: Die lähmende Wirkung des Alkohols verursacht Nachlassen der Herzkraft, Herabsetzung der tonischen Erregung der den Herzschlag verlangsamenden Vagusfasern wie der gefäßverengernden Nerven. Bei einem Teil der Berauschten entspricht der durch Alkohol erzeugten psychomotorischen Erregung eine Reizung der den Herzschlag beschleunigenden und der gefäßverengernden Nerven neben obigen Lähmungserscheinungen. Aus diesen Alkoholwirkungen ergeben sich: Absinken des systolischen Druckes, Erhöhung oder Erniedrigung des diastolischen Druckes, Verkleinerung des Pulsdruckes, Erhöhung der Pulsfrequenz, Verminderung der Körpertemperatur und Verlangsamung der Blutströmungsgeschwindigkeit, d. i. Verschlechterung der Blutversorgung der Gewebe.

Gegenüber *Reichlin* (29), der nach seinen Untersuchungen den Befund *Montesano*s betreffend das Vorkommen von Plasmazellen in den perivaskulären Räumen des Zentralnervensystems bei Kaninchen unter der Einwirkung von akuter oder chronischer Alkoholvergiftung nicht bestätigte und das Auftreten der Plasmazellen ausschließlich auf entzündliche oder infektiöse Prozesse zurückführt, verteidigt *Montesano* (22) auf Grund neuer Versuche die Richtigkeit seiner Angaben.

Als „Délire à éclipse" hat *Legrain* Fälle von wiederholter psychischer Erkrankung bei Alkoholikern beschrieben, die sich als einfaches Delirium mit Sinnestäuschungen oder als vorübergehender Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen äußert. In manchen Fällen bleiben die Verfolgungsideen nach Abklingen des akuten oder subakuten Zustandes gewissermaßen im Unterbewußtsein latent bestehen und treten bei den späteren Anfällen wieder hervor. Das Charakteristische des Krankheitsbildes, für dessen Existenzberechtigung *Benon* und *Gelma* (4) 9 Fälle und



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bourdin (5) einen weiteren ausführlich geschilderten Fall anführen, ist die vollständige Übereinstimmung der Symptome bei den einzelnen Rückfällen. Man kann also für die Zwischenzeiten eigentlich nur von einer scheinbaren Genesung sprechen. Zum Wiederauftreten der deliranten Zustände ist aber eine Gelegenheitsursache erforderlich, und das ist die Alkoholintoxikation.

Aus ehend von dem *Sichel*schen Untersuchungsergebnis, daß bei Juden weniger Alkoholisten und weniger Epileptiker gefunden wurden, als bei Nicht-Juden, prüfte *Bratz* (6) die Epileptiker in Wuhlgarten hinsichtlich der Frage nach dem Zusammenhang der Epilepsie mit Alkoholismus der Aszendenten, insbesondere bei den Juden. Er fand unter 1262 Reinepileptischen 28 Juden, also 2½%, während in der Stadt Berlin die jüdische Bevölkerung 10% ausmacht. Die 28 epileptischen Juden zeigten durchweg neuropathische Belastung, aber in keinem Falle Alkoholismus des Vaters oder gar keine Belastung. Von 82 anamnestisch gut bekannten epileptischen Nichtjuden hatten Alkoholismus der Erzeuger: 34, neuropathische Belastung: 31 und keine Belastung: 17 aufzuweisen. Die Epilepsie kommt also bei den Juden seltener vor, als bei der übrigen Bevölkerung, und man kann schließen, daß die Vergiftung der Generationsorgane der Erzeuger allein die Epilepsie der Nachkommenschaft bedingen kann. Aber *Bratz* fand auch bei 63 Fällen von Hysterie mit Krampfanfällen in 24% Belastung durch Alkoholismus der Erzeuger, ein Beweis, daß der Alkoholismus der Berliner Bevölkerung ebensowohl Hysterie mit Krämpfen als Epilepsie der Nachkommenschaft erzeugen kann, eine spezielle Dispositionserzeugung gerade für Epilepsie der Nachkommenschaft kann man also dem Alkoholismus der Erzeuger nicht zuschreiben.

Voß (33) bespricht zwei Fälle von Dämmerzuständen bei Alkoholisten, die in allen Einzelzügen das Bild eines hysterischen Dämmerzustandes darboten, und erinnert an die engen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Hysterie. Die alkoholischen Dämmerzustände, die er übrigens gewissermaßen als Äquivalent des Delirium trem. betrachten möchte, lassen sich von den hysterischen aus dem Zustandsbilde allein oft gar nicht unterscheiden; das Verschwinden der hysterischen Symptome bei Abklingen der Psychose und das Vorhandensein von körperlichen Zeichen einer chronischen Alkoholvergiftung spricht für die alkoholische Ätiologie.

Schwartz (31) berichtet über einen degenerierten Alkoholisten, der sich der Behörde mit der nachher als falsch erwiesenen Selbstbeschuldigung stellte, er habe vor einigen Monaten eine mit ihm zusammenlebende Frau im Streit um Geld in einen Fluß gestoßen und so ihren Tod verursacht. Der Umstand, daß er an dieser Aussage später festhielt, spricht dafür, daß es sich nicht um einen der gewöhnlichen Fälle von Selbstbeschuldigung bei einem Alkoholisten handelt, sondern daß daneben die psychische Degeneration mit der Neigung zur pathologischen Lüge eine Rolle spielt.

Der Fall *Clérambaults* (9), in dem zwei geisteskranke Frauen gegenseitig an die Wirklichkeit der Wahnideen der anderen glauben, interessiert hier insofern, als die eine Kranke infolge von depressiven Ideen und von Sinnestäuschungen einen Selbstmordversuch mit Brennspiritus machte, nach dem Genuß von $^1/_2$ Liter in eine dreitägige Narkose verfiel und später glaubte, in diesem Zustande an den Fersen und den Nates operiert worden zu sein. Es zeigten sich an diesen Körperteilen gan-



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gränöse Stellen, die anscheinend auf Druck und Analgesie während der Bewußtlosigkeit zurückzuführen waren. Bemerkenswert war ferner die für die kleine Quantität des Alkoholgiftes verhältnismäßig starke Wirkung, die in dem schlechten Ernährungszustand ihre Erklärung findet, und das Ausbleiben einer der Narkose vorhergehenden Exaltation, wofür wohl die in dem Brennspiritus außer dem Äthylalkohol noch vorhandenen anderen Stoffe, Methylen und Benzin, verantwortlich zu machen sind.

Olbertz (26) bereichert die Literatur über den Eifersuchtswahn um 13 Fälle; abgesehen von der einzigen darunter befindlichen Frau, die an Dementia praecox litt, betrafen 5 Fälle reine Alkoholpsychosen, 2 Paranoia mit Alkoholismus, 2 chronische Paranoia, je 1 Fall Dementia praecox (vielleicht mit Alkoholismus), senile Demenz und progressive Paralyse. Der Eifersuchtswahn stellt somit keine einheitliche Erkrankungsform für sich dar, ist vielmehr symptomatisch, wenn auch vielfach als einziges oder Hauptsymptom verschiedener Psychosen aufzufassen, an deren erster Stelle jedenfalls der chronische Alkoholismus steht.

c) *Korsakow*sche Psychose.

Lapinsky (19) verteidigt gegenüber den verschiedenen Kritikern die Anschauung Korsakows von der nach ihm benannten Psychose als einer Cerebropathia toxaemica mit polyneuritischen Symptomen und bespricht ausführlich zwei Krankheitsfälle, die bei Wöchnerinnen auftraten. In der Literatur sind bisher nur 4 Fälle von polyneuritischer Psychose im Puerperium veröffentlicht worden. Alkoholmißbrauch war in beiden Fällen *L.*s ausgeschlossen, dagegen eine Infektionskrankheit vorhanden, und es ist als Ursache ein kompliziertes, toxisches Moment enterogenen Ursprungs anzunehmen, dessen Entstehung auf Mikroorganismen, die durch die Geburtswege oder den Darmkanal eingedrungen waren, zurückzuführen ist. Der Ansicht verschiedener Autoren, daß das *Korsakow*sche Syndrom ohne eine multiple Neuritis beobachtet werde, begegnet *L.* durch die Beschreibung von 3 Fällen, in denen anfangs gar keine Zeichen von Neuritis vorhanden waren, sich aber im weiteren Verlaufe der psychischen Störung sehr deutlich offenbarten. Die Psychose und die Erkrankung der peripheren Nerven stehen nicht im Verhältnis von Folge und Ursache, sondern entwickeln sich infolge einer gemeinsamen Ursache. In den beiden Puerperalpsychosen fand sich Astereoskopie und Störung der Stereognose, was auf eine organische Affektion der Großhirnrinde, speziell der Scheitellappen, schließen läßt, also die *Korsakow*sche Bezeichnung „Cerebropathia" rechtfertigt.

Ajello (1) beschreibt einen Fall von typischer *Korsakow*scher Psychose bei einem 40jährigen Potator, wo die neuritischen Symptome im Anschluß an eine starke Abkühlung auftraten, während die psychischen Erscheinungen erst 2 bis 3 Jahre später nach einer Gastroenteritis zum Ausbruch kamen. *A.* entwickelt die Ansicht, daß bei der *Korsakow*schen Psychose zwei toxische Ursachen mitwirken, eine chronische, meist Alkoholismus, die eine psychopathische Disposition und neuritische Erscheinungen hervorbringt, und eine akute, im vorliegenden Falle eine vom Verdauungsapparat ausgehende Autointoxikation, auf deren Rechnung das Auftreten der psychischen Störungen zu setzen ist.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

O'Malley und *Franz* (27) nehmen für ihren bei einer 59jährigen Frau beobachteten Fall von *Korsakow*scher Psychose mit ausgesprochenen neuritischen Erscheinungen beim Fehlen jeder exogenen Ursache, insbesondere des Alkoholmißbrauches, eine Autointoxikation als ätiologisches Moment an. Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben Degenerationsvorgänge an den Nervenfasern im Ischiadicus, weniger im Plexus brachialis und ferner im Rückenmark.

Die von *Gregor* (13) bei einem *Korsakow*-Patienten mit groben Störungen des durch Erinnerungsvorstellungen vermittelten Zeitbewußtseins angestellten exakten Zeitsinnsversuche ergaben, daß der Patient bei der Vergleichung von leeren Intervallen für die untersuchten Zeitstrecken von 1—15 Sekunden eine Tendenz zur Überschätzung der vorausgehenden Normalzeit zeigte, daß aber die Größe der Schätzungsfehler hierbei sowie bei der Untersuchung der indirekten Zeitschätzung nicht das normale Maß überschritt.

d) Morphium.

Mueller (23) tritt bei der Besprechung der Behandlung des Morphinismus für die zwanglose Entwöhnung in nicht geschlossenen Anstalten ein und erblickt darin, daß „5 oder 10, ja 20% der Kranken pflichtwidrig handeln, auf keinen Fall einen Grund, die anderen 80 oder 90% deshalb mit einer chikanösen Zwangsbehandlung zu malträtieren". Den jungen Ärzten, die noch viel zu wenig von dem Morphinismus wissen, möchte *M.* folgende für die Prophylaxe wichtigen Sätze ans Herz legen: „Man vermeide Morphium solange man kann und versuche ohne Namensnennung die innerliche Anwendung; greift man aber zur Spritze, dann gebe man auch eine solche Dosis, daß es möglichst mit einer getan ist. Unter keinen Umständen gebe man die Spritze aus der Hand."

e) Pellagra.

Ceni (7) konnte bei Hühnern experimentell die typischen Erscheinungen der Pellagra hervorrufen, wenn er sie mit durch Penicillium glaucum infizierten Getreide oder Brot fütterte. Die Abhängigkeit von den Jahreszeiten zeigte sich deutlich in dem stärksten Auftreten der Krankheitserscheinungen im Frühjahr, der Abnahme im Sommer und Herbst und dem Verschwinden im Winter. In energischer Weise verteidigt *Ceni* (8) die Richtigkeit seiner Versuche und seiner Anschauungen gegenüber *Paladino.*

Marie (21) widmet in seiner Monographie über die Pellagra, die in übersichtlicher Form, über Ausdehnung, Ursache, Symptome, pathologische Anatomie und Bekämpfung dieser in Italien und dem Orient noch sehr verbreiteten, auf den Genuß von verdorbenem Mais zurückzuführenden Krankheit alles Wissenswerte enthält, auch ein Kapitel den psychischen Störungen der Pellagrösen. Die häufigste Form der Pellagrapsychose ist die der Verwirrtheit mit Depression, bei der transitorische stuporöse Zustände oft beobachtet werden; als besondere Eigenheiten sind hervorzuheben die Sitophobie und die „Hydromanie", letztere als Verlangen nach Wasser zum Kühlen der Haut gegen das Gefühl von Brennen, oder als



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Freude an dem Anblick der spiegelnden Wasserfläche, andererseits als Furcht vor dem Anblick von Wasser. Selbstmord durch Ertränken ist bei pellagrösen Geisteskranken auffallend häufig. Auch andere Formen von Pellagrapsychosen kommen vor, manische Zustände, Wahnideen, auch eine Pseudoparalyse. Die deszendenten pellagrösen Familien weisen nicht selten nervöse Störungen, Depression und Selbstmordideen auf.

5. Organische Psychosen.

Referent: Matusch-Sachsenberg.

1. *Accornero*, *A.*, Sopra la sindrome oscura di tumore cerebrale. Riv. speriment. di freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 264 bis 273. (S. 215*.)
2. *Allen*, *A. K.*, Delayed apoplexy (Spät-Apoplexie) with the report of a case. The journ. of nerv. and ment. disease. No. 12. p. 763. (S. 217*.)
3. *Antheaume*, *A.*, und *Mignot*, *R.*, Insolation et paralysie générale. Extrait de l'encéphale. No. 9. Juin 1908. (S. 202*.)
4. *Anton*, *G.*, Gehirnerkrankung mit Chorea, Myasthenie, zerebellarer Ataxie und langsam fortschreitender Demenz. Kongreß mitteldeutscher Psychiatiker. Halle, 25. Okt. 1908. (S. 222*.)
5. *Anton* und *v. Bramann*, Balkenstich bei Hydrocephalien, Tumoren und bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32. 1908. (S. 221*.)
6. *Ashmead*, *A. S.*, A case of sensory aphasia in an octogenarian. The alien. and neurol. August. (S. 219*.)
7. *Ayer*, *J. B.*, Cyst of dura mater occupying the left middle cranial fossa, associated with anomalous development of the left superior temporal gyrus. Americ. journ. of insanity. 3. Jan. 1908. (S. 216*.)
8. *Baldwin*, *Helen*, A case of meningeal tumor compressing the cerebellum. The journ. of nerv. and ment. diasese. Nr. 5. (S. 214*.)
9. *Belletrud*, *M.*, Ètude bactériologique „post mortem" du liquide céphalo-rachidien des aliénés. Revue de psychiatrie de Mars 1908. (S. 204*.)
10. *Bennecke*, *K.*, Die Paralyse im Unteroffizierstand. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XXII. Erg.-H. (S. 206*.)


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11. *Bonfigli, R.*, Progressive chronic chorea. A. clinical and anatomopathological study. The journ. of ment. pathology. Bd. 8. No. 2.
12. *Böttger, K.*, Zur Kasuistik der Zerebrospinalmeningitis. Inaug.-Dissert. Kiel. 1908 (S. 222*.)
13. *Buder*, Progressive Paralyse und Sklerose der Aorta. Württ. medic. Corresp.-Bl. 1908. (S. 206*.)
14. *Burr, A. W.*, The mental state in Chorea and choreiform affections. The journ. of nerv. and ment. disease. No. 6. (S. 222*.)
15. *Cerletti, U.*, Sopra speciali corpi a forma navicolare nella corteccia cerebrale normale e patologica e sopra alcuni rapporti fra il tessuto cerebrale e la pia madre. Riv. speriment. di fren. 1908. Vol. XXXIV. p. 224—246.
16. *Chotzen, F.*, Die Lumbalpunktion in der psychiatrischen Diagnostik. Med. Klin. 1908. Nr. 32 u. 33. (S. 204*.)
17. *Cimbal, W.*, Die Arteriosklerose des Zentralnervensystems. Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilk. Bd. 1. (S. 210*.
18. *Clingestein, O.*, Zur Symptomatologie der Ponserkrankungen. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1908. (S. 215*.)
19. *Cortesi*, T., Un caso di afasia totale per lesione sottocorticale della zona di Broca e della zona di *Wernicke*. Riv. di Patol. nerv. e ment. Anno XIII. Fasc. 8. (S. 221*.)
20. *Cortesi, T.*, Tumore cerebrale del lobo prefrontale sinistro. Morgagni. No. 2. 1908. (S. 214*.)
21. *Damaye, H.*, Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes; Evolution démentielle, syndrome paralytique. Revue de psych. 1908. (S. 208*.)
22. *Damaye, H.*, Sarcome du lobe frontal gauche chez une syphilitique. Revue de psych. Tome XII. Jan. 1908. No. 1. (S. 214*.)
23. *Damaye, H.*, et *Desruelles, M.*, Affaiblissement intellectuel post-confusionel chez une tuberculeuse granulie méningée. L'écho méd. du nord. 14. Juin 1908. (S. 223*.)
24. *Damaye, H.*, et *Desruelles, M.*, Méningite purulente à streptocoque chez une paralytique générale. L'écho med. du nord. 3. Mai 1908. (S. 206*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25. *Davids*, *H.*, Augenbefunde bei Paralytikern. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XXIII. Erg.-H. (S. 208*.)

26. *Dercum*, *F. X.*, Tabes associated with trophic changes suggesting Acromegaly. The journ. of nerv. and ment. disease. No. 8. (S. 216*.)

27. *Dercum*, *F. X.*, Tumor of the frontal lobes with symptoms simulating Paresis. The journ. of nerv. and ment. disease. 7. (S. 214*.)

28. *Dessloch*, *J.*, Über das Volumen der Schädeldächer. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1908. (S. 205*.)

29. *Dietz*, *A.*, Weitere Beiträge zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose am Schädel. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1908. (S. 205*.)

30. *Donath*, *J.*, Brown-Séquardsche Lähmung traumatischen Ursprunges. Pester med.-chirurg. Presse. Nr. 1. 1909. (S. 224*.)

31. *Dupré*, *M.*, Stäbchenzellen bei progressiver Paralyse. Inaug.-Dissert. Freiburg. (31 S.)

32. *Dymínsky*, *S. v.*, Über Störungen im Hersagen geläufiger Reihen bei einem aphasischen Kranken. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1908. (S. 219*.)

33. *Entres*, *J. L.*, Über die Hirngewichtsverhältnisse bei der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1907. (S. 204*.)

34. *Erben*, *S.*, Rombergscher Versuch bei Tabes und bei traumatischer Neurose. Wien. med. Wochenschr. Nr. 29. (S. 209*.)

35. *Esposito*, *G.*, Rilievi di morfologia cellulare nei gangli spinali dell'uomo. Riv. Ital. di neuropatol., psich. ed elettroterapia. Vol. I. Fasc. 2. (S. 212*.)

36. *Esposito*, *G.*, Funzioni e rapporti di elementi nervosi e non nervosi nei Gangli spinali. (S. 212*.)

37. *Farrar*, *A. B.*, On the phenomena of repair in the cerebral cortex. A study of mesodermal and ectodermal activities. Following the introduction of a foreing body. Histol. und histopathol. Arbeiten. Heidelberg. Bd. II. 1908. (S. 212*.)

38. *Foerster*, *R.*, Über das Wassermann - Plaut'sche Verfahren der Serodiagnostik etc. siehe diese Ztschrft. S. 158.





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

39. *Feilchenfeld*, *L.*, Über die Verschlimmerung der Tabes und progressiven Paralyse durch Unfälle. Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 5. (S. 202*.)

40. *Fornet*, *W.*, und *Schereschewsky*, *J.*, Über die Spezifität der Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse. Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 18. S. 874. (S. 202*.)

41. *Fuchs*, *W.*, Zur Klinik der progressiven Paralyse. Repert. der prakt. Medizin. Jahrg. 5. H. 8. (S. 208*.)

42. *Galli*, *G.*, Künstliche Hyperämie des Gehirns bei initialer Gehirnarteriosklerose. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 31. (S. 212*.)

44. *Giannelli*, *A.*, Softening of the genu corporis callosi. Journ. of ment. Pathol. Vol. VIII. 1907. No. 2. (S. 216*.)

45. *Giannuli*, *F.*, L'insula di Reil in rapporto all' anartria ed all' afasia. Riv. speriment. di freniatria. 1908. Vol. XXXIV. P. 321—368.

43. *Gehry*, *K.*, Zur Histopathologie der tuberkulösen Meningitis. Arch. f. Psych. Bd. 45. H. 1. (S. 222*.)

46. *Gins*, *H. A.*, Progressive Paralyse im Kindesalter. Inaug.-Dissert. München.

47. *Goldstein*, *K.*, Einige Bemerkungen über Aphasie im Anschluß an Moutiers „L'aphasie de Broca". Arch. f. Psych. Bd. 45. H. 1. (S. 221*.)

48. *Goos*, *H.*, Über die nicht paralytischen Geistesstörungen bei Tabes dorsalis. Inaug.-Dissert. Kiel. 1908. (S. 209*.)

49. *Heim*. *G.*, Die Dementia paralytica in Ägypten. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 929. (S. 206*.)

50. *Hildebrandt*, Dyspraxie bei linksseitiger Hemiplegie. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 12. (S. 218*.)

51. *Hirschfeld*, *A.*, Zur Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnverletzungen. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1908. (S. 217*.)

52. *Hudovernig*, *C.*, Die Unterschiede zentraler und peripherer Facialislähmungen und die anatomische Grundlage derselben. Neur. Zentralbl. 1908. Nr. 12. (S. 221*.)

53. *Jacobsohn*, *L.*, Fehldiagnosen in der Lokalisation von Krankheitsprozessen der Gehirnhemisphären, bedingt durch die über-

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ragende funktionelle Stellung der linken Hemisphäre gegenüber der rechten. Beiträge zur Anatomie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. H. 5 u. 6. (S. 217*.)

54. *Joffroy*, *A.*, Paralyse générale juvenile chez un sujet de 23 ans. L'encéphale. 1908. No. 7. P. 1. (S. 208*.)

55. *Jolly*, *Ph.*, Zur Statistik der Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 44. H. 3. (S. 201*.)

56. *Junius*, *P.*, und *Arndt*, *M.*, Über konjugale Paralyse und Paralyse-Tabes. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie. Bd. 24. S. 1. (S. 207*.)

57. *Junius*, *P.*, und *Arndt*, *M.*, Beiträge zur Statistik, Ätiologie, Symptomatologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 44. Heft 1, 2, 3. (S. 201*).

58. *Juquelier*, *P.*, et *Naudascher*, *G.*, Agressions et violences répétées chez deux paralytiques généraux. Revue de psychiatrie. Nr. 8. S. 338. (S. 208*.)

59. *Kafka*, *V.*, Über die klinische Bedeutung der Komplementbindungsreaktion im Liquor cerebrospinalis, speziell bei der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Heft 6. (S. 203*.)

60. *Kauffmann*, *M.*, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei der progressiven Paralyse. Habilitationsschr. Fischer, Jena 188 S. (S. 209*.)

61. *Keller*, *K.*, Ein Fall von juveniler progressiver Paralyse in einer degenerierten Familie. Medizin. Klinik. Jahrg. 1908. Nr. 11. (S. 207*.)

62. *Kieneberger*, *O. L.*, Über die juvenile Paralyse. S. diese Zeitschr.

63. *Kiggen*, *H. J.*, Die gegenwärtigen Ansichten über die Ätiologie der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissertation. Würzburg. 1908. (S. 201*.)

64. *Koerner*, *O.*, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Nachträge zur 3. Aufl. (84 S.) Wiesbaden, J. F. Bergmann.

65. *Kramer*, Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Gehirnerkrankung (Kopftrauma — progressive Paralyse). Med. Klinik. Jahrg. 1908. Nr. 2. (S. 202*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

66. *Krell, E.*, Zur Frage der Heilung der Dementia paralytica. Inaug.-Dissertation. Bonn. 1908.
67. *Kroner, K.*, Über den differentiell-diagnostischen Wert der Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues für die innere Medizin und die Neurologie. Berliner klinische Wochenschr. 1908. Nr. 4. (S. 203*.)
68. *Leopold, S.*, Osseous plaques of the Pia-arachnoid and their relation to pain in Acromegaly. The journal of nervous and mental disease. Nr. 9. (S. 216*.)
69. *Lépine, J.*, *Lembert* et *Salin, A.*, Hydrocéphalie tuberculeuse ancienne. État convulsiv Lombricose, Granulie ultime. „Lyon Médical", août 1908. (S. 223*.)
70. *Lépine, J.*, Étude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux. Revue de Médceine. Nr. 9. (S. 218*.)
71. *Lesser*, Tabes und Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung. Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 39. (S. 204*.)
72. *Lewandowsky, M.*, Die Diagnose des Hirnabszesses. Med. Klinik 1908. Nr. 27. S. 1011—1014.
73. *Liepmann, H.*, Über die angebliche Worttaubheit der Motorisch-Aphasischen. Neurol. Zentralbl. Nr. 7. (S. 220*.)
74. *Lilienstein*, Ein Fall von juveniler Paralyse. Therapie der Gegenwart. April. (S. 208*.)
75. *Marchand, L.*, et *Nouet, H.*, Paralysie générale infantile chez une imbécile. Soc. méd. des hôp., 24 janvier 1908. (S. 208*.)
76. *Masoin, P.*, et *d'Hollander, F.*, Psychose tabétique, étude clinique et anatomo-pathologique. Bulletin de la société de méd. mentale de Belgique. Nr. 139. 1908. (S. 209*.)
77. *Medea, E.*, Lésions histologiques des nerfs périphériques dans les maladies mentales. Archives de neurologie. Nr. 10. P. 308.
78. *Meeus, Fr.*, Over spraakstoernissen als aanleiding tot valsche diagnosen bij krankzinningen. Handelingen van het Elfde Vlaamsch Naturen Geneeskundig Congres. September 1907. (S. 219*.)
79. *Meyer, H.*, Zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose der Schädeldachknochen bei Volumensabnahme des Hirns. Inaug.-Dissertation. Würzburg 1908. (S. 205*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

80. *Mills, C. K.* u., *Frazier, C. H.*, A brain tumor localized and completely removed, with some discussion of the Symptomatology of lesions variously distributed in the Parietal Lobe. The journal of nervous and mental disease. Nr. 8. (S. 215*.)

81. *Mingazzini, G.*, Leçons sur l'aphasie. Archives de neurol. Nr. 7. P. 47.

82. *Moriyasu, R.*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Psychosen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 45. Heft 1. S. 280. (S. 224*.).

83. *Moutier, Fr.*, L'aphasie de Broca. Paris 1908. G. Steinheil. 774 S. (25 fr.) (S. 220*.)

84. *Muggia, G.*, Encephalite emorragica del centro ovale e del corpo calloso a sindrome pseudo-bulbare. Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale. Jahrg. 36. Bd. 1. (S. 216*.)

85. *Näcke, P.*, Vergleichung der Hirnoberfläche von Paralytikern mit der von Geistesgesunden. S. d. Zeitschrift.

86. *Neu, C. F.*, A summary of the pathological findings in 147 autopsies performed at the central Indiana hospital for the insane. The alienist and neurologist. Vol. 29. Nr. 1. P. 49. (S. 216*.)

87. *Obersteiner, H.*, Die progressive allgemeine Paralyse. 2. Aufl. Auf Grund der Darstellung von weiland Prof. Dr. R. von Krafft-Ebing neu bearbeitet. Wien und Leipzig 1908. 217. S. Alfred Hölder. (S. 201*.)

88. *Oppenheim, G.*, Plasmazellenbefunde im Rückenmark bei progressiver Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 44. Heft 3. (S. 204*.)

89. *Oppenheim, G.*, Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der Hirnrindenherde. Neurol. Zentralbl. Nr. 19. (S. 223*.)

90. *Pailhas, B.*, Dédoublement de la personnalité à la suite d'hémorrhagie. L'encéphale. Nr. 2. (S. 217*.)

91. *Pailhas, B.*, Dédoublement de la personnalité. Par altérations sensorielles d'origine périphérique. L'encéphale. Nr. 4. (S. 223*).

92. *Pandy*, Die Paralyse der katholischen Geistlichen. Neurol. Zentralbl. Nr. 1. (S. 206*.)

93. *Paysen, H.*, Ein Fall von Dystrophia muscularis progressiva (familiaris) — juvenile Form. — Inaug.-Dissertation. Kiel 1908. (S. 224*.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

94. *Peritz, G.*, Lues, Tabes und Paralyse in ihren ätiologischen und therapeutischen Beziehungen zum Lecithin. Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 2. (S. 210*.)

95. *Pighini, G.*, Sopra una speciale forma reticolare di precipitazione della sostanza nervosa e sulle strutture di precipitazione di vari tessuti organici. Rivista sperimentale di freniatria 1908. Vol. XXXIV. P. 247—263.

96. *Pilcz, A.*, Über Änderungen des klinischen Bildes der progressiven Paralyse im Laufe der letzten Dezennien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 40. (S. 208*.)

97. *Pilcz, A.*, Konjugale, hereditäre und familiäre Paralysis progressiva. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32—34. (S. 207*.)

98. *Plaut, F.*, Serodiagnostik der Syphilis. Zentralbl. für Nervenheilk. und Psych. 1908. Nr. 259. S. 289. (S. 203*.)

99. *Plaut, F.*, und *Heuck, W.*, Zur Fornetschen Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse. Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 24. S. 1141. (S. 203*.)

100. *Plaut, Heuck* und *Rossi*, Gibt es eine spezifische Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse? Münchener med. Wochenschr. Nr. 2. S. 66. (S. 203*.)

101. *Prince, M.*, Tactile localization and symbolia: have they localization in the cerebral cortex. The journal of nervous and mental disease. Nr. 1. (S. 219*.)

102. *Prince, M.*, A study in tactual localization in a case presenting Astereognosis and Asymbolia due to injury to the cortex of the brain. The journal of nervous and mental disease. Nr. 1. (S. 219*.)

103. *Ramadier, J.*, et *Marchand, L.*, Paralysie générale et aphasie sensorielle. Annales méd.-psychologiques. Janvier-Février 1908. (S. 206*.)

104. *Rancke, O.*, Über den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde. Münchener med. Wochenschr. Nr. 45 u. 46. (S. 212*.)

105. *Rancke, O.*, Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. Habilitationsschrift. Jena, Gustav Fischer. S. 97. (S. 213*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

106. *Redlich, E.*, Zur Kenntnis der psychischen Störungen bei den verschiedenen Meningitisformen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 41. u. 42. (S. 222*.)

107. *Rhein, J. H. W.*, A case of apraxia, with autopsy. The journal of nervous and mental disease. Nr. 10. (S. 218*.)

108. *Ricksher, Ch.*, and *Southard, E. E.*, A complicated case of brain tumor. American journal of insanity. Nr. 4. (S. 214*.)

109. *Roller, P.*, Ein Fall von Dementia paralytica mit Säuglingsreflex. (Stransky.) Inaug.-Dissertation. Leipzig. III. 1908. (1. M.)

110. *Rübel, E.*, Über das Gewicht der rechten und linken Großhirnhemisphäre im gesunden und kranken Zustand. Inaug.-Dissertation. Würzburg 1908. (S. 217*.)

111. *Rühsen, H.*, Dementia senilis und Herderkrankung des Gehirns. Inaug.-Dissertation. Kiel 1908. (S. 211*.)

112. *Saillant, G.*, et *Fay, H. M.*, Durée moyenne de la paralysie générale chez l'homme. L'encéphale 1908. Nr. 1. S. 45. (S. 201*.)

113. *Sala, G.*, Sui fatti che si svolgono in seguito alle ferite asettiche del cervello. Società Medico-chirurgica di Pavia. (S. 213*.)

114. *Sano, F.*, Quelques faits constatés à l'autopsie d'aliénés. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1908. (S. 216*.)

115. *Schulte, H.*, Über die Beziehungen der genuinen Opticusatrophie zur progressiven Paralyse. Inaug.-Dissertation. Würzburg 1907. (S. 205*.)

116. *Senkpiel, H.*, Über einen Fall von jugendlicher Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie. Fortschritte der Medizin. Nr. 26. (S. 207*.)

117. *Southard, E. E.*, and *Mitchell, H. W.*, Clinical and anatomical analysis of 23 cases of insanity arising in the sixth and seventh decades with especial relation to the incidence of arteriosclerosis and senile atrophy and to the distribution of cortical pigments. American journal of insanity. Nr. 2. (S. 211*.)

118. *Soutzo*, fils, Les nouvelles données relatives à la Séro-reaction de la syphilis dans la paralysie générale. Annales médico-psychologiques. Juli—August 1908. Nr. 1. P. 52. (S. 203*.)

119. *Spielmeyer, W.*, Die Trypanosomenkrankheiten und ihre Beziehungen zu den syphilogenen Nervenkrankheiten. Jena, Gustav Fischer. 106 S. (10 M.)


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

120. *Spiller*, *W. S.*, The symptom-complex of occlusion of the posterior inferior cerebellar artery. Two cases with necropsy. The journal of nervous and mental disease. Nr. 6. (S. 218*.)

121. *Steyerthal*, *A.*, Die Prognose der progressiven Paralyse. Ärztliche Sachverst.-Zeitung. Nr. 7. (S. 203*.)

122. *Storbeck*, *O.*, Über einen Fall von Tumor des linken Thalamus opticus. Inaug.-Dissertation. Kiel. 1908. (S. 216*.)

123. *Stumm*, *A.*, Zur Statistik und Symptomatologie der progressiven Paralyse beim weiblichen Geschlecht. Inaug.-Dissertation. Kiel. 1908. (S. 207*.)

124. *Süsse*, *K.*, Zur Frage der konzentrischen Hyperostose der Schädeldachknochen. Inaug.-Dissertation. Würzburg 1908. (S. 205*

125. *Thordsen*, *Ch.*, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der toxischen Graviditätsmyelitis nebst Bemerkungen über Beziehungen derselben zur multiplen Sklerose. Inaug.-Dissert. Würzburg

126. *Ulrich*, *M.*, Beiträge zum klinischen Bilde der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissertation. Freiburg.

127. *Vaillant*, *E.*, Über das Vorkommen der Ependymitis granularis bei Geisteskrankheiten. Inaug.-Dissertation. Würzburg 1908. (S. 205*.)

128. *Valtorta*, *D.*, Sull' importanza dell' elemento individuale nella sindrome di un caso di paralisi progressiva. Estratto dal Archivio di Psichiatria. Nr. 2. (S. 202*.)

129. *Wallbaum*, *G. W.*, Über multiple Sklerose nach psychischem Shock. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. (S. 223*.)

130. *Walton*, *G. L.*, Anterior poliomyelitis in the adult with illustrative cases. Boston medical and surgical journal. Nov. 28. 1907 (S. 224*.)

131. *Walton*, *G. L.*, and *Paul*, *W. E.*, Arteriosclerosis. A contribution to its clinical study. The journal of the American medical association, January 18. 1908. (S. 211*.)

132. *Wandel*, *O.*, Über nervöse Störungen der Oberextremität bei Arteriosklerose (Dyskinesia) und Paraesthesia intermittens. Münchener med. Wochenschr. S. 2269. (S. 212*.)

133. *Weber*, *L. W.*, Zur Klinik der arteriosklerotischen Seelenstörungen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie. Bd. 23 Ergänzungsheft. (S. 211*.)



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

134. *Weber, L. W.*, und *Schultz, J. H.*, Zwei Fälle von „Pseudotumor cerebri“ mit anatomischer Untersuchung. Montatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 23. Ergänzungsheft. (S. 215*.)

135. *Zöllner, F.*, Ein Fall von Tumor der Schädelbasis, ausgehend von der Hypophyse. Archiv f. Psych. Bd. 44. (S. 215*.)

136. *Zweig, A.*, Versuche mit Tiodin und Atoxyl bei metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. (S. 210*.)

a) Dementia paralytica.

Das Jahr 1908 brachte von *Obersteiner* (87) eine zusammenfassende Arbeit über Dementia paralytica nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse. Man muß es dem Verf. hoch anrechnen, daß es sie als einen Akt der Pietät in die Form einer zweiten Auflage des *Krafft-Ebing*schen Buches gekleidet hat, denn es wäre ihm gewiß lieber gewesen, neuen Wein nicht in alte Schläuche tun zu müssen. Aus Pietät hat er wohl auch die alte Bezeichnung „progressive Paralyse“ beibehalten, obgleich er selbst zugibt, daß sie unglücklich ist und „Dementia paralytica“ vorzuziehen wäre. Der Stoff hat aus der Bearbeitung eine völlige Umarbeitung werden lassen, so daß, wie Verf. sagt, kaum eine Viertelseite der alten Ausgabe in continuo in die neue übergegangen ist, aber auch hier wäre es nicht zum Nachteil des Buches gewesen, wenn *Obersteiner* spräche und nicht mehr *Krafft-Ebing*. Daß das Buch seiner Aufgabe auch in der freiwilligen Einklemmung in ausgezeichneter Weise gerecht wird, braucht bei einer Arbeit *Obersteiner*s nicht begründet zu werden.

Junius und *Arndt* (57) haben sich der Aufgabe unterzogen, die im Jahrzehnt 1892—1902 in Dalldorf aufgenommenen und bis zum Tode verpflegten Paralytiker (2425 m., 1029 w.) statistisch zur Beantwortung von Fragen zu verwerten, die sich nur an großem Material beantworten lassen. So werden Alter bei Erkrankung, Krankheitsdauer, Religion, Familienstand und Beruf an dem Material geprüft, die ätiologischen Faktoren nach ihrer Dignität und einzelne Symptome in ihrem Einfluß auf Verlauf und Dauer des Prozesses eingehend bei Männern und Frauen untersucht und die wichtigsten Ergebnisse in einem Schlußkapitel „Bemerkungen zur Ätiologie und Pathogenese der Paralyse“ zusammengefaßt, das im wesentlichen dahin ausklingt, daß die Ursache der Paralyse Syphilis ist mit prädisponierenden Momenten, die einander ersetzen oder überhaupt fehlen können.

Erhebungen über die mittlere Dauer der Paralyse teilen *Saillant* und *Fay* (112) mit, und *Kiggen* (63) stellt die gegenwärtigen Ansichten über Ätiologie der Paralyse zusammen.

Jolly (55) hat das Paralytikermaterial der Kieler Klinik seit [illegible] in Anlehnung an die Untersuchungen *Räckes* über das Tübinger Mate[illegible] bearbeitet. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die bei Par[illegible]


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ätiologischen und symptomatischen Daten, zu auszüglicher Wiedergabe eignen sich die bündigen Ergebnisse nicht.

Valtorta (128) vertritt unter Mitteilung einer Krankheitsgeschichte den Standpunkt, daß bei hereditär Disponierten die dauernde intellektuelle und physische „Surmenage" den Boden für eine Form der Paralyse bereiten, die sich nach seiner Schilderung im ganzen wohl mit der manischen deckt. Er betont, daß in seinem Fall Syphilis „absolut ausgeschlossen" sei.

Die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang einer schnell verlaufenden Paralyse mit einem Unfall bejaht *Kramer* (65) in einem Fall, in dem sich kurz nach einem Schlag gegen den Kopf durch einen zurückspringenden Hammer die ersten Zeichen der Paralyse eingestellt hatten. Für frühere Syphilis spreche nichts, vor dem Unfall war der Mann geistig völlig gesund gewesen, hatte aber viel Kummer durch Tod seines Sohnes gehabt. Der Unfall selbst war ohne Zeichen einer Gehirnerschütterung und ohne unmittelbare Folgen verlaufen. Das Schiedsgericht akzeptierte die Ansicht des Sachverständigen, die man im Einzelfalle gelten lassen kann. so lange wir die Ursachen der Paralyse noch nicht unbedingt kennen.

Auch der Insolation schreiben *Antheaume* und *Mignot* (3) zu, Paralyse erzeugen zu können. Der mitgeteilte Fall betraf einen 33jährigen Offizier, der nach langem Ritt in der Hitze 1898 schwere Kopfschmerzen und Ermattung spürte. sich schlecht davon erholte und bald die Zeichen der Paralyse entwickelte, der er Oktober 1907 erlag. Auch hier soll Syphilis ausgeschlossen sein. Von den Symptomen ist hervorzuheben ein lange Zeit bestehendes hypermnestisches Gedächtnis für Vorgänge der Längstvergangenheit.

Den Wert des Unfalls für Verschlimmerung der Tabes und der Paralyse behandelt *Feilchenfeld* (39) kritisch an einem Material, das für ein Referat auf dem Kongreß für Versicherungswesen zusammengestellt ist, mit dem Ergebnis, daß eine einheitliche und klare Fassung des Begriffs der Verschlimmerung weder in rechtlichen Entscheidungen noch in den ärztlichen Gutachten gefunden werden kann. Man darf aber wohl bezweifeln, ob das gründliche Zusammenarbeiten der Ärzte und Juristen darin, wie Verf. hofft, Klarheit schaffen wird, das kann vielmehr nur durch die schärfere Erkennung der Ursachen und des Wesens der Krankheiten geschehen, und das ist allein ärztliche Aufgabe.

Der Nachweis der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für Tabes und Paralyse ist durch eine Reihe von weiteren Untersuchungen gefördert worden. *Fornet* und *Schereschewsky* (40) beobachteten eine charakteristische Ringbildung beim Zusammentreffen von Lues- und Paralyse-Sera, die sich objektiv als körperliches Fällungsprodukt erkennen und von anderen an der Schichtgrenze auftretenden Phänomenen wohl unterscheiden lasse. Physikalisch einwandfreie Sera gesunder Menschen erzeugten unverdünnt miteinander keine Fällungen; mit den spezifischen Fällungen dürften die Fällungen nicht verwechselt werden, welche nach Zusatz von größeren oder kleineren Mengen physiol. Kochsalzlösung zu einem oder beiden Sera auftreten. Als positiv sei eine Präzipitatreaktion nur anzusehen, wenn deutliche Ringbildung auftrete und Kontrollen klar bleiben, die *Wassermann*schen „Antistoffe" seien mit den Luespräzipitinogenen und Präzipitinen *F.*s und *Sch.*s


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht identisch, deren Zusammentreffen den bei Lues, Tabes und Paralyse erzielten Niederschlägen zugrunde liege.

Plaut, *Heuck* und *Rossi* (99) (100) sprechen dagegen der *Fornet*schen Präzipitatreaktion alle Beweiskraft ab mit dem Nachweis, daß sie durchaus regellos auftrete.

Plaut kritisiert in einem Vortrag über Serodiagnostik der Syphilis (98) die bisher veröffentlichten Methoden. Er erklärt die ursprüngliche *Wassermann-Neisser-Bruck*sche Methode der Komplementbindung unter Benutzung von wässerigen luetischen Organextrakten für die auch jetzt noch zuverlässigste. Die *Porges-Meier*sche Präzipitationsmethode, die an Stelle des Organextraktes das Lecithin einführte, kann, wenn sie durch geeignete Modifikation verfeinert wird, zuverlässig werden, ist aber zurzeit noch nicht spezifisch genug. Das von *Michaelis* beobachtete Phänomen der Präzipitation beim Vermischen wässeriger luetischer Extrakte und Sera scheint nur in vereinzelten Fällen aufzutreten, und auch das *Klausner*sche Phänomen der Globulinausfällung scheint unter dem gleichen Mangel der Spezifität für Lues zu leiden wie das *Porges-Meier*sche.

Soutzo (118) gibt einen Überblick über die Literatur der Serodiagnostik bis Frühjahr 1908 und schließt ihn damit, daß unsere Kenntnis noch ungenügend ist, ob die durch die *Wassermann*sche Methode entdeckte Syphilis die einzige Ursache der Paralyse ist und wie sie pathogenetisch wirkt.

Kafka (59) untersuchte nach *Wassermann* den Liquor cerebrospinalis in 100 Psychosen, darunter 58 klinisch sichere Paralysen, unter Berücksichtigung des zytologischen Befundes und des Verlaufs und der Dauer der Paralysen. Von den sicheren Paralysen ergab die Spinalflüssigkeit in 89% ein positives, in 11% ein negatives Resultat, 2 fragliche Paralysen reagierten positiv, von 6 paralyseähnlichen Erkrankungen einer. Von den im Serum untersuchten Fällen waren 11 sichere Paralysen, von denen 8 positiv reagierten, 4 sichere Luesfälle blieben alle negativ. Die klinischen Erfahrungen werden in Schlußsätzen zusammengefaßt; daß die *Wassremann*sche Reaktion zur Diagnose der Paralyse gute Dienste leistet, wenn sie positiv ist, sie übertrifft dann an Bedeutung auch den zytodiagnostischen Befund. In Fällen mittlerer Krankheitsdauer und einfach dementen Verlaufs findet sie sich am deutlichsten, fast immer in Endzuständen der Paralyse. Mit dem Gehalt an Zellen im Liquor geht sie nicht parallel und steht mit der Liquorleukozytose in keinem Zusammenhang, ebensowenig mit Anfällen und Remissionen. Im Serum leistet ein positiver Ausfall für die Diagnose geringere Dienste, weil er hier zu vieldeutig ist.

Kroner (67) bestätigt durch Untersuchungen an 40 Fällen sicher nicht luetischer, wahrscheinlich nicht luetischer und sicher luetischer Kranker die Zuverlässigkeit der *Wassermann*schen Reaktion. Sie fiel negativ aus in den beiden ersten Gruppen, darunter Hirngeschwülste, Nephritis, multiple Sklerose, arteriosklerotische Pseudotabes und Bleitabes, positiv in 73% der letzten Gruppe (30 Fälle). Unter den negativ reagierenden Fällen dieser Gruppe befanden sich zwei von Lues cerebri, einige Fälle reagierten bei Wiederholung positiv; vielleicht ist der Befund damit zu erklären, daß Reaktionsstoffe nicht oder zeitweilig im Blute kreisen. Der negative


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausfall ist deshalb nur vorsichtig zu verwerten, der positive ist aber beweisend für Lues oder geheilte Lues.

Lesser (71) sucht aus dem Ausfall der Reaktion Indikationen für die Behandlung der Tabes und Paralyse, insbesondere für die Prophylaxe, zu gewinnen und zu begründen. Syphilitiker, die in den spätesten Jahren nach der Infektion negative Reaktion zeigen, laufen nicht Gefahr, Paralyse zu bekommen, der Nachweis aber, daß etwa die Hälfte der Spätsyphilitiker positiv reagieren, läßt schließen, daß sich aus ihnen die späteren Tabiker und Paralytiker rekrutieren, zu welchen nach *Blaschkos* Untersuchungen etwa ein Drittel aller Syphilitiker wird. Erwägt man ferner, daß sich bei Syphilitikern die positive Reaktion durch energische Kur in negative verwandeln läßt und die Hälfte der Tabiker später paralytisch wird, so ergibt sich die Indikation, Spätsyphilitiker und Tabiker mit positiver Reaktion durch antisyphilitische Behandlung vor der Tabes bzw. vor der Paralyse zu bewahren.

Die Studie *Oppenheims* (88) bezweckt, Klarheit zu gewinnen über die Rolle, welche entzündliche Prozesse im paralytischen Rückenmark spielen. Zur Darstellung der Plasmazellen erwies sich die Färbung mit Methylgrün-Pyronin als die leistungsfähigste. Allen Fällen gemeinsam war das Vorkommen von Plasmainfiltrationen in der Pia und den adventitiellen Räumen der Gefäße in den verschiedensten Abstufungen auch da, wo Faserdegenerationen fehlten. Am stärksten zeigten diese Infiltration die feineren Gefäße der weißen Substanz und in den Gegenden der stärksten Infiltrationen fanden sich vermehrt die sog. Chromatophoren *Ribberts*, ungewöhnlich große, verästelte Zellen mit großem, reichgekörntem Zellkern. Nach dem Befunde scheint den entzündlichen Veränderungen im paralytischen Rückenmark eine größere Bedeutung zuzukommen als ihnen bisher eingeräumt worden ist, und das Rückenmark scheint sich der paralytischen Erkrankung gegenüber nicht anders zu verhalten als das übrige Zentralorgan.

Belletrud (9) stellt fest, daß der Liquor cerebrospinalis Geisteskranker verschiedener Formen nach dem Tode fast regelmäßig Bakterien enthält, die meist den verschiedenen Staphylokokkusarten angehören. Der geringe Einfluß der Zeitdauer zwischen Tod und Entnahme und die sehr langsame und von der Außentemperatur abhängige Vermehrung weisen auf agonale Infektion hin, irgendwelche Beziehungen des Bakteriengehaltes zur Psychose sind nicht zu erkennen.

Chotzen (16) bespricht den diagnostischen Wert des in 250 Lumbalpunktionen geprüften Lymphozyten- und Eiweißgehaltes, im allgemeinen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Autoren. Er hält den positiven Ausfall für so entscheidend für echte Paralyse, daß er uns in den Stand setze, die Pseudoparalysen auf arteriosklerotischer und alkoholistischer Grundlage mit Sicherheit zu erkennen und auszuschalten. Immerhin sei die Lymphozystose auch nur ein Symptom und seine Bewertung von den gesamten übrigen Symptomen abhängig.

Die Beziehungen des Hirngewichts zu den Schädelknochen und der Schädelkapazität bilden das Thema einer Anzahl von Dissertationen aus der Würzburger Klinik. *Entres* (33) weist an Tabellen nach, daß die Angabe des Hirngewichtes ohne Berücksichtigung der Schädelkapazität wertlos ist, daß vielmehr ein schweres Hirn zu leicht und ein kleines Gehirn zu groß sein kann. Die Dauer der Paralyse



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

steht zu dem bei der Sektion gefundenen Hirngewicht in keinem bestimmten Verhältnis. Die Wage läßt auch am Kleinhirn nicht selten ungewöhnliche Gewichte erkennen, die sich der bloßen Schätzung entziehen und ihren Wert nur erhalten durch den Vergleich mit dem Hirngewicht und der Kapazität; ob die exzessiven Schwankungen auf Anlage oder auf Krankheit beruhen, läßt sich noch nicht exakt beantworten. Die Arbeit soll der Anfang eines größeren Werkes sein, das hoffentlich auf einen anderen Ton gestimmt ist als die vorliegende. Was soll man sagen, wenn Verf. von „*Moebius* und seinen Gesinnungsgenossen" spricht, die „dicke Bücher schreiben, die sich zwar sehr schön lesen, bei denen aber kaum ein Wort richtig ist".

Süsse (124) behandelt die Frage, welche Raumverengerung durch eine Knochenneubildung von bestimmter Dicke im Schädelraum entstehe, wenn diese Schädelverdickung sich auf das Dach und die seitlichen Teile des Schädels beschränkt. Die Verdickung wurde an Gefäßen durch konzentrische Wachsauflagerung nachgeahmt und berechnet. Danach können Hirngewichtsverminderugnen, wie sie bei Paralyse angetroffen sind, nicht von entsprechender Hyperostose gefolgt sein, einer Verminderung von 300 g würde eine Verdickung von 250 ccm entsprechen, die das Gewicht der Calotte derart vermehren würde, wie sie in Wirklichkeit nicht vorkommt.

Meyer (79) stellt in Tabellen Schädelinnenraum, Schädelgewicht, Calotteninnenraum, Volumen und spezifisches Gewicht der Calotte gegenüber und kommt zu dem Schluß, daß bei keiner Gehirnkrankheit besonders auffallend voluminöse Schädeldächer gefunden werden, die Schwere einer Calotte durch größere Dichtigkeit ein zu großes Volumen vortäuscht und die Apposition von Knochenmasse weit geringer ist, als dem Gehirnschwund entsprechen würde.

Das Verhältnis zwischen Volumen und Dichtigkeit eines Schädeldaches behandelt die Dissertation *Meyers* (79), während *Dietz* (29) die Volumenverschiedenheiten der Schädelbasis vom Schädeldach und den Stirnknochen an Tabellen erläutert mit dem kühnen Schluß, daß entweder die Lehre von der paralytischen Stirnhirnatrophie nicht richtig ist oder die Lehre von der sekundären Knochenverdickung. Die Dicke der Schädelbasis zeigt überhaupt kein gleichmäßiges Verhältnis zur Dicke der Schädeldicke, und vorhandene Anomalien könnten recht gut individuelle Eigentümlichkeiten von Menschen sein, die später zufällig paralytisch geworden sind.

Vaillant (127) stellt fest, daß sich gesetzmäßige Beziehungen zwischen dem Auftreten oder Fehlen der Ependymitis granularis einerseits und der Dauer und dem klinischen Verlauf der Paralyse, dem Hydrocephalus int. und dem Gehirnschwund andererseits nicht ergeben.

Schulte (115) entnimmt aus acht Krankengeschichten, daß primäre Optikusatrophie bei Paralyse sehr selten ist, ihr vorangeht, meist doppelseitig und symmetrisch auftritt und sich fast immer, wenn nicht immer mit Hinterstrangerkrankung kombiniert, sie ist als ein ihr subordiniertes, nicht koordiniertes Symptom aufzufassen. Frühzeitiges Auftreten scheint mit einem Stillstand der tabischen Symptome einherzugehen, ist Paralyse bei solchen Kranken manifest geworden, so unterscheidet sie sich in ihrem Verlaufe nicht von Paralyse ohne Optikusatrophie.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Damaye und *Desruelles* (24) berichten den Fall einer jugendlichen Paralytischen, die nach 5jähriger Krankheitsdauer einer eitrigen Streptokokkenmeningitis erlag. Ihr Versuch, die Paralyse mit der chronischen Tuberkulose der Kranken in ätiologische Verbindung zu bringen, sei als Kuriosum erwähnt.

Buder (13) macht auf das häufige Vorkommen von Sklerose der Aorta bei Paralytikern aufmerksam (84,5% gegenüber 68% bei senilen und 9,6% bei funktionellen Psychosen). Wenn Verf. selbst sagt, daß Paralyse und Sklerose eine gemeinsame Ursache haben können, die allgemeine Ernährungsstörung aber auch die Sklerose erzeugen kann, so folgt daraus, daß mit solchen Zahlen gar nichts anzufangen ist.

Ramadier und *Marchand* (103) berichten von einem Fall dauernder sensorischer Aphasie bei einem Paralytiker, als deren Ursache sich ein die erste und zweite linke Schläfenwindung zerstörender Erweichungsherd ergab. Die Beziehungen zu den transitorischen Aphasien der Paralytiker werden erörtert. Leider scheint es mehr als zweifelhaft, daß der Mann ein Paralytiker war. Es handelt sich um einen 53jährigen, viel bestraften Vagabunden, der beim Anzünden eines Heustapels ergriffen, als geisteskrank in die Anstalt gebracht wurde, dort tiefe Verblödung und aphasische Erscheinungen darbot und nach kaum 3 Monaten starb, während er mehrmals apoplektische Anfälle gezeigt hatte. Auch was vom anatomischen Befunde mitgeteilt wird, ist zu wenig charakteristisch, um Paralyse sicher zu stellen.

Die unbestrittene Seltenheit der Paralyse in Ägypten ist nach *Heim* (49) verschiedenen Umständen zuzuschreiben: Fehlen des Alkoholmißbrauchs und der geistigen Anstrengung, geringe erbliche Belastung und Klima kommen in Betracht. von großer Bedeutung scheint ihm die Art des syphilitischen Virus zu sein, doch kann dies nicht allein herangezogen werden, weil beobachtet ist, daß in der Heimat vergeblich behandelte Europäer in Ägypten geheilt wurden. So scheinen auch syphilitische Krankheiten, die in Europa spezifische Behandlung nicht vertrugen, in Ägypten durch sie glatt zu heilen. *H.* regt die beachtenswerte Frage an, ob spezifische Kur der Tabes und Paralyse der Europärer in Ägypten nicht besseren Erfolg haben kann als in Europa.

Pandy (92) erklärt die allgemeine Ansicht von der Seltenheit der Paralyse bei katholischen Geistlichen für irrig und weist nach, daß in einer (ungarischen) Anstalt die Paralyse bei den katholischen Geistlichen ebenso häufig vorkomme wie bei anderen Berufen. Von 14 Fällen mit bekannter Ätiologie war „coitus cum pluribus“ als Ursache anzunehmen, und in diesen Fällen führte die überstandene Lues immer zu Paralyse und nicht zu anderen Psychosen.

Bennecke (10) beklagt, daß eine allgemeine Enquête über Paralyse im Unteroffizierstand nicht durchführbar gewesen ist, so standen ihm nur 14 Fälle zu Gebote, 6 davon mit sicherer Lues. 3 von diesen hatten Schmierkuren durchgemacht, ein siebenter war vielleicht hereditär luetisch. Für das verhältnismäßig frühe Auftreten der Paralyse — Späterkrankte gehören wohl in der Regel der Armee nicht mehr an — scheinen militärische Verhältnisse verantwortlich zu sein. Beachtenswert ist der hohe Prozentsatz der nicht oder ungenügend spezifisch Behandelten.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Material der Frauenparalyse der Kieler Klinik (71 Fälle) ist von *Stumm* (123) statistisch bearbeitet hinsichtlich der Ätiologie (18% sicher, etwa 40% wahrscheinlich luetisch), des Prozentsatzes zur Männerparalyse (1 : 3,9), des Durchschnittsalters bei der Erkrankung (42. Jahr), des Familienstandes (77½% Verheiratete), der Symptome und des Verlaufes. In 37 Fällen wurde punktiert, dabei ergab sich in 89% Lymphozytose, und der Eiweißgehalt schwankte zwischen 1½—7, im Mittel 3,6.

Aus den Krankengeschichten aus Dalldorf der Jahre 1892—1902 haben *Junius* und *Arndt* (56) 31 Ehepaare mit Paralyse und 7 mit Paralyse einerseits, Tabes andererseits eruiert, außerdem 16 Ehepaare mit noch zweifelhafter Erkrankung des einen Gatten. In den 7 Fällen konjugaler Paralyse-Tabes überwog die Paralyse beim Manne, die Tabes bei der Frau (6 : 1), die von anderer Seite gemachte Beobachtung, daß der Mann zuerst erkrankt, konnten *J.* und *A.* nicht bestätigen, es ergab sich kein Unterschied. Syphilis war sicher vorangegangen in 16 Fällen, keine Anhaltspunkte für Infektion bestanden in 6 der 38 Fälle. Spricht diese Statistik zwar für Syphilis als alleinige Ursache der Paralyse-Tabes, so weist ein besonders interessierender Fall auf die Richtigkeit der Hypothese von der Syphilis nervosa: die erste (geschiedene) Frau und die zweite eines paralytischen Mannes hatten Tabes und die einzige Tochter aus beiden Ehen starb an Paralyse.

Pilcz (97) kommt nach Sichtung der Literatur und der Fälle eigener Betrachtung zu folgenden Schlüssen:

Bei der Deszendenz setzt die Paralyse in früherem Alter ein als bei der Aszendenz (von Fällen auf hereditär-luetischer Basis ist abgesehen) bei familiärem Auftreten der Paralyse scheinen die später geborenen Geschwister in der Regel früher zu erkranken, bei konjugaler Paralyse ist das Intervall zwischen Lues und Paralyse bei der Frau in der Regel kürzer als beim Manne, die Dauer der Paralyse pflegt bei der Deszendenz häufig länger zu sein als bei der Aszendenz, bei konjugaler Paralyse beim Manne länger als bei der Frau, die gleichzeitige spinale Affektion scheint bei der hereditären und familiären Paralyse häufig eine gleichartige zu sein, bei hereditärem bzw. familiärem Auftreten der Paralyse befällt die Erkrankung anscheinend vorzugsweise dasselbe Geschlecht.

In einem Fall von jugendlicher Paralyse (19jähriger Kaufmannslehrling) konnte *Keller* (61) ausgedehnte familiäre Degeneration nachweisen: Vater Trinker mit engen, entrundeten Pupillen und träger Lichtreaktion. Mutter einfältig, Pupillen eng, kaum auf Licht reagierend, 14jähriger Bruder geistig gesund, Pupillen different, zackig, mit träger aber ausgiebiger Lichtreaktion, 8jähriger Bruder leicht hypochondrisch, Zungentremor, 6jähriger Bruder imbezill, Mutterschwester geisteskrank.

In dem von *Senkpiel* (116) mitgeteilten Fall jugendlicher Paralyse ist der Vater an Rückenmarksleiden gestorben, die Mutter leidet an Tabes, die Erkrankung der Tochter begann im 15. Jahre mit tabischen Erscheinungen, bei beiden war die Wassermann'sche Reaktion positiv, bei der jüngeren gesunden Schwester negativ. Spirochäten wurden nicht gefunden. *S.* ist geneigt, aus dem Fall einen Beweis für die Annahme eines Primäraffektes im fötalen Leben abzuleiten.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In dem Falle von *Lilienstein* (74) begann die Paralyse der Tochter eines syphilitischen Vaters im 16. Jahre und verlief mit spastischer Parese aller Glieder. Pupillenstarre und tiefer Verblödung. Tod an Scarlatina.

In *Joffroys* (54) 2 Fällen jugendlicher Paralyse ließ sich syphilitische Belastung nicht nachweisen. Beide standen im 23. Jahre, in beiden zeigten sich im Röntgenbilde die Epiphysenknorpel der Mittelhand und der Phalangen noch nicht verknöchert, obgleich das Wachstum jedenfalls bei der einen bei Thyreoidbehandlung nicht zum Stillstand gekommen war. Verf. sieht diesen Befund als kennzeichnend für die Abgrenzung jugendlicher Paralyse an.

Ein im 13. Jahre aufgenommenes und gestorbenes Mädchen, erblich belastet aber ohne syphilitische Antezedentien, hielten *Marchand* und *Nouet* (75) für einen Fall von epileptischem Blödsinn, bis die Sektion die Diagnose auf Paralyse bei Idiotie ergab. Epileptische Anfälle hatten seit dem ersten Lebensjahre bestanden mit Mikrocephalie und Blödsinn. Nach einem Anfall einige Monate vor dem Tode blieb dauernde Lähmung des linken Armes zurück. Lumbalpunktion hat nicht stattgefunden. Nach *M.* und *N.* bestanden zwei verschiedene Prozesse in der Rinde: inselförmige Sklerose und diffuse Meningoencephalitis, erstere als Ursache der Idiotie, letztere als Ausdruck der dazu getretenen Paralyse. Außerdem fanden sich zahlreiche in der Rinde verstreute miliare Blutungen jüngster Entstehung.

Die Angabe französischer Autoren, daß in den drei Perioden der Paralyse bestimmte Veränderungen des Augenhintergrundes vorherrschten, kann *Davids* (25) nicht bestätigen. Veränderungen wurden überhaupt nur in 15% der Fälle gefunden, unter Zurechnung eines Falles alter Chorioiditis und eines Falles auffallender Schlängelung der Gefäße in 23%. Störungen des Lichtreflexes boten 92%, des Akkommodationsreflexes 58%, Pupillendifferenz 85%, Entrundung 46%. Alle diese Störungen nehmen im Verlauf der Paralyse zu, die Pupillendifferenz wechselt. Farbensinn, Akkommodation, wie das Sehvermögen bleiben im allgemeinen bis zum Tode normal.

Damaye (21) berichtet einen Fall, in dem bei einer Kranken, die 1897 mit 59 Jahren in die Anstalt aufgenommen wurde, sich erst 1906 Zeichen der Paralyse einstellten. Bis dahin soll lediglich ein paranoischer Zustand bestanden haben, die Sektion ergab Paralyse. *D.* erklärt „die Annahme für logischer, daß die Intoxikation, welche dem primären Delirium zugrunde lag, die Rindenzellen destruierte, die Verwirrtheit langsam in Blödsinn wandelte und mit allgemeiner Verbreitung die Paralyse erzeugte".

Juquelier und *Naudascher* (58) und *Fuchs* (41) behandeln die antisozialen Krankheitsäußerungen der Paralytiker, letzterer fand sie bei Frauen und Männern in ziemlich gleichem Verhältnis.

Die Frage, ob sich die Form der Paralyse in den letzten Dezennien geändert hat, bejaht *Pilcz* (96) auf Grund der Musterung von 400 Paralysefällen (deutschen Sprachstamms) seit 1870. Das Zurücktreten der megalomanischen gegenüber der einfach dementen Form und Häufigerwerden der Remissionen ist unverkennbar, aber auch die größere Häufigkeit der epileptiformen Anfälle. Das Erkrankungsalter scheine sich nicht verschoben zu haben, die Krankheitsdauer, vielleicht wegen der Remissionen, aber verlängert, unverkennbar ist auch das Häufigerwerden von sozu-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagen atypischen Zügen: wie katatone Zustandsbilder, paranoide und delirante Formen und typische prädominierende Gehörstäuschungen.

Mit einiger Vorsicht bezeichnet *Goos* (48) seinen Fall von Psychose bei einer Tabischen als eine der verhältnismäßig seltenen Kombinationen zwischen Tabes und nicht-paralytischer Psychose. Zu dieser Vorsicht mahnen einzelne paralyseverdächtige Symptome, ein „Anfall" vor einigen Jahren und Vergeßlichkeit, sonst überwogen Gehörshalluzinationen und Angst im Krankheitsbilde.

Das Gegenstück bildet ein Fall von tabischer Psychose, den *Masoin* und und *d'Hollander* mitteilen (76). Hier handelte es sich um einen Alkoholiker und Syphilitiker, der seit 1900 amaurotisch-tabisch, seit 1902 hypochondrische und persekutorische Wahnvorstellungen und kurz vor dem Tode 1907 ein halluzinatorisches Delirium (Inanition?) darbot. Der histopathologische Befund indessen wies auf beginnende Paralyse hin, die, wohl nicht mit Recht, für etwas extrem Seltenes bei alter Tabes gehalten wird.

Erben (34) betrachtet als Unterscheidungsmerkmal des Schwankens bei Tabes und dem bei traumatischer Neurose, daß ersteres sich vermindert, wenn der Patient mit dem Finger einen festen Punkt berührt, letzteres nicht.

Auf Grund seiner sehr sorgfältigen Stoffwechseluntersuchungen bei Paralyse kann *Kauffmann* (60) der Definition *Obersteiner*s, daß die Paralyse eine chronische allgemeine Ernährungsstörung sei, nicht zustimmen, weil die Ernährungsstörungen nicht bestehen. Gegenstand der Untersuchungen waren Paralytiker mit Polyphagie, in und nach dem paralytischen Anfall, in der Remission, im Beginn der Krankheit, in Fieberzuständen, in der Kachexie u. a. m. Die Arbeit bringt eine Fülle von wertvollen Beobachtungen, der eine ausführliche Besprechung nicht gerecht werden kann. Hervorgehoben sei nur, daß selbst bei dieser schweren Gehirnkrankheit der Stoffhaushalt des Körpers zeitweise nahezu vollkommen physiologisch bleiben kann und daß mit dem paralytischen Anfall schwere Revolutionen des Stoffwechsels einhergehen, deren ursächliche Beziehungen zur Krankheit erst durch größeres Tatsachenmaterial festzustellen sind. *K.* bewertet seine Ergebnisse überall mit großer Vorsicht und warnt vor der irrigen Hoffnung, von der Untersuchung einiger Fälle von Paralyse auf alle schließen zu dürfen; das Auffälligste bei der Paralyse sei schon klinisch das Regellose; sie könne nur dann erschöpfend studiert werden, wenn die ganzen übrigen Geisteskrankheiten auch in physiologisch-chemischer Weise durchforscht seien. Bei der Paralyse bestehe oft vorübergehend eine Störung der Oxydation, die sich in der Ansammlung von Zwischenprodukten äußere. Das aseptische Fieber könne durch sie hervorgerufen werden und durch erhöhte Oxydation beseitigen, besonders scheint dies durch das bakterielle, speziell das Erysipelfieber zu geschehen, was zur Erklärung der durch bakterielles Fieber herbeigeführten Remissionen dienen kann. Das ergibt wichtige Fingerzeige für die Therapie. Die Tatsache, daß zu reichliche Eiweißzufuhr nach Umständen schwere Fieberattacken und Erregungszustände veranlassen kann, fordert eiweißarme Kost für sie, überhaupt werden wir uns nach Mitteln umsehen müssen, die das Oxydationsvermögen des Organismus heben. Bei der in gewissen Stadien nachweisbaren Wasserverarmung des Paralytikers ergibt sich die Indikation, schwer verbrennliche Salze, wie Natrium lactic. einzuführen.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die von *Peritz* (94) supponierte Lezithinverarmung des Tabikers und Paralytikers läßt *K.* nicht gelten in Hinsicht darauf, daß der Organismus große Mengen von Lezithin zu sich nimmt und seine Synthese und Verdauung bei der guten allgemeinen Verdauung des Paralytikers schwerlich gestört ist. *Peritz* betont, daß die Lezithinausscheidung in seinen Fällen über die Norm erhöht gefunden wurde, intramuskuläre Lezithininjektionen sie erheblich verminderten und wenigstens in einem Falle das Schwinden der „vermeintlichen Antitoxine" herbeiführten. Einen therapeutischen Erfolg hatten sie unzweifelhaft. *P.* hält es nach allem für wahrscheinlich, daß die Verarmung an Lezithin die Schädigung des Zentralnervensystems herbeiführt, die wir Tabes und Paralyse nennen.

Zweig (136) hat von der glutäalen Injektion von Tiodin (3 mal wöchentlich 18, 20 Injektionen) in 7 Fällen von Tabes bzw. Taboparalyse guten Erfolg insofern gesehen, als es die subjektiven Beschwerden in kurzer Zeit beseitigte. Es scheint gefahrlos und macht keine Nebenerscheinungen. Auch Atoxyl allein und in Verbindung mit Tiodin hält *Z.* für empfehlenswert.

Steyerthal (121) verteidigt seine schon früher aufgestellte Behauptung, daß die Paralyse keine so schlechte Prognose rechtfertige, wie allgemein angenommen werde, weil rudimentäre und abortive Formen häufiger vorkommen, als dem Psychiater bekannt wird. Das kann man gelten lassen, nicht aber die sicheren Schlüsse, die St. aus sehr unsicheren Prämissen folgert; wenn er sagt: „die echte Paralyse kann in jedem Stadium Halt machen, wahrscheinlich sogar vollkommen ausheilen, die Lues cerebri kann genau das Bild der Paralyse vortäuschen, beide Infektionen können gemeinsame Sache machen", so sind das lauter Axiome, die noch bestritten und nicht bewiesen sind. Auch Übertreibungen begegnet man: „wenn man also glaubt, daß eine Paralyse die Spanne zweier Jahre nicht überdauere —"; wer glaubt denn das, man spricht doch überall nur von einer Durchschnittsdauer von 2—3 Jahren. Hoffentlich erfahren wir noch Genaueres über „die zielbewußt einsetzende Therapie, die das Geschick eines Paralytikers wenden kann". Wir können das in den Anstalten auch gebrauchen.

b) Präsenile und senile Psychosen.

In seiner Arbeit über die Arteriosklerose des Zentralnervensystems, deren Ursache er in Übereinstimmung mit neueren Forschungen in heftigen Schwankungen auf affektivem Gebiete sieht, teilt *Cimbal* (17) die arteriosklerotischen Erkrankungsformen in: I. Nervöse Formen [Spätneurasthenie, a) leichtere Form, ohne nachweisbare Defekte und ohne Rest heilbar, b) schwerere Form mit Gedächtnisschwäche und gemütlicher Verödung]. II. Zerebrale destruierende Formen, a) progressive Hirndegeneration, b) Encephalitis subcorticalis chron. im Marklager, c) senile Rindenverödung, d) perivaskuläre Gliose, c) Pseudobulbärparalyse usw. III. Folgezustände nach einer der vorstehenden Formen, a) Apoplexie, b) Epilepsia tarda. IV. Spinale Erkrankungsformen. V. Neuritis angiosclerotica und verwandte Krankheitsbilder. Die Diagnose stützt sich auf den klinischen Befund des Gefäßsystems, zerebrale Ausfallserscheinungen auf psychischem Gebiet, auf die Verlangsamung des Gedankenablaufs, die erhaltene Krankheitseinsicht, den herdförmig



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgrenzbaren Charakter auch der psychischen Störungen, vor allem aber auf die Schwankungen der Krankheitserscheinungen bei langsamem oder stillstehendem Fortschreiten der allgemeinen Krankheit, schließlich auf den Nachweis des erhöhten Blutdrucks und die Intoleranz gegen Alkohol. Für die therapeutischen Maßnahmen empfiehlt *C.* das Regime *Hamburgers*.

Walton und *Paul* (131) vergleichen die einzelnen klinischen Symptome bei Arteriosklerose mit dem Befund an den Gefäßen und kommen zu den Schlüssen, daß Arteriosklerose direkt apoplektiforme Anfälle und Schwindel verursachen kann und mit verantwortlich bei der Störung des Gedächtnisses und anderer Defekte der Involution ist, Kopfschmerz aber nur als unmittelbare Folge apoplektischer Insulte erzeugt. Sie ist häufig bei älteren Neurasthenikern wie überhaupt im höheren Alter, einen ursächlichen Einfluß haben sie indessen nicht feststellen können. Die Frage sei noch nicht spruchreif. Arteriosklerose ohne Herzvergrößerung oder Nierendegeneration verbindet sich nur ausnahmsweise mit erhöhtem Blutdruck, die Herzvergrößerung ist aber bei A. häufig und ist meist abhängig von Nierendegeneration. Besteht eine oder die andere dieser Affektionen, so ist mäßig erhöhter Blutdruck, bestehen beide, sehr hoher Blutdruck die Regel.

Noch weiter gehen *Southard* und *Mitchell* (117) in ihrer klinischen und anatomischen Analyse von 23 Fällen von Geisteskrankheit der sechsten und siebenten Dekade. Sie streiten der Arteriosklerose, die sich klinisch in 10, anatomisch in 20 der Fälle (im weitesten Sinne) fand, jede ursächliche Bedeutung für die Psychose ab, auch den 4 Fällen, in denen starke zerebrale Atherose vorlag und die sie der Paranoiagruppe, dem Delirium und dem manisch-depressiven Irresein zuteilen. Auch der senilen Atrophie räumen sie keinen wesentlichen Anteil ein. Allerdings kann man sich bei dem Satze: „Die Atrophie ist hier eine Funktion der Langlebigkeit eher als eine Funktion der geistigen Krankheit“ nichts denken. Auch als rein komplikatorische Faktoren bei Geisteskrankheit werden Arteriosklerose und Senium zu sehr überschätzt. Die Pigmentanhäufung in den Nervenzellen habe nichts mit dem Alter zu tun, nur die Pigmentierung der Neurogliazellen sei anscheinend vom Alter abhängig, während die Pigmentanhäufung in den perivaskulären Zellen mehr für metabolische Störungen des Gehirns spreche.

Die Dissertation von *Rühsen* (111) behandelt einen Fall von seniler Demenz mit Pachymeningitis haemorrhagica, die durch stärkere Arophierung der Gegend der unteren Windung des linken Schläfenlappens und vielleicht der ersten Schläfenwindung aphasische Symptome herbeigeführt hatte.

Weber (133) teilt 5 Fälle paralyseverdächtiger Erkrankungen mit, deren Zugehörigkeit zum arteriosklerotischen Irresein daraus hergeleitet wird, daß die Größenideen mehr in den normalen Vorstellungskreis der Persönlichkeit, des Berufs und der sozialen Stellung eingeordnet sind, mehr logisch zu begründen versucht werden und suggestiv weniger beeinflußbar sind, daß auch in hochgradiger Erregung das Bewußtsein der Persönlichkeit erhalten bleibt, der psychische Verfall ganz oder lange ausbleibt und die zutage tretenden ethischen Defekte mehr aus Wegfall der Hemmungen als aus Charakterumwandlung stammen. Auch die organischen Symptome sind nicht so charakteristisch und konstant wie bei Paralyse, artikulatorische


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sprachstörung fehlt fast ganz. Herdsymptome stellen sich sehr spät ein und ohne anfallsartige Zustände, die Krankheitsdauer ist länger als bei Paralysen mit so schweren psychischen Zuständen, der Verlauf zeigt größere Schwankungen. Prädisposition scheinen degenerative Veranlagung, „Gefäßbelastung" und starke funktionelle Inanspruchnahme des Gehirns zu bilden. Die Diagnose ist praktisch wichtig wegen der längeren Lebensdauer dieser Krankheit gegenüber der Paralyse. Die anatomische Grundlage ist nach dem Sektionsbefund in einem Fall diffuse Erkrankung zahlreicher kleiner Gefäßäste, die zu Zirkulations- und Ernährungsstörungen führt und später zu Gewebsveränderungen in Gestalt von Untergang nervöser Elemente, von Gewebsödem und perivaskulärer Gliawucherung. Im Beginn scheint antisklerotische Kur von Nutzen zu sein

Wandel (132) bespricht an einem besonders interessanten Fall periphere Gefäßstörungen an den oberen Extremitäten auf Grund von Arteriosklerose, Störungen. die sich unter bestimmten Bedingungen zu schmerzhaften Paroxysmen und motorischen Ausfallserscheinungen steigern. Als ätiologisches Moment für die Entstehung und Lokalisation kommt in erster Linie die Funktionsbelastung in Betracht, welcher auch lokale Erkältung und Durchnässung mit ihrem abnutzenden reflektorischen Reiz auf die Gefäße gleichwertig werden kann.

Galli (42) will bei beginnender Gehirnarteriosklerose durch eine beschriebene Art von Strangulation deutliche Besserung erzielt haben, mit täglichen Sitzungen von der Dauer einer halben bis zwei Stunden. Die größte Schwierigkeit sei, daß die Kranken der längeren Kur leicht überdrüssig würden. Das spricht nicht gerade dafür. daß sie sich durch die gewagte Behandlung besser fühlten.

c) Psychosen bei Herderkrankungen.

Rancke (104) gibt in einem bemerkenswerten Vortrage eine Übersicht über den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde nach den beiden Richtungen der Forschung nach charakteristischen Veränderungen bei klinisch-differenten Irreseinsformen und der Erforschung biologischer und pathologischer Probleme. So wertvoll ihre Ergebnisse seien, so ständen wir doch noch in den frühen Anfängen der von der Wissenschaft zu erhoffenden Kenntnisse. Wir dürften nicht vergessen, auf welche Abwege eine schnelle Verallgemeinerung und alle spekulativen Erwägungen unsere Wissenschaft bereits geführt hätten.

Esposito (35) (36) bespricht Gestalt und Bedeutung der gefensterten und gefranzten Zellen der Spinalganglien im Alter und in verschiedenen Krankheitszuständen und wendet sich gegen die Hypothese ihrer antimitotischen Sekretion.

Farrar (37) studierte den Heilungsvorgang nach Einbringung steriler Holundermarkplättchen in die Hirnrinde von Kaninchen. Er unterscheidet eine initiale passive Periode, eine Periode der Proliferation und eine terminale Periode der Involutionsveränderungen. Innerhalb der ersten, 24stündigen, Periode, füllt sich das Plättchen mit zahllosen Leukocyten, die auch in die Marginalzone einwandern. die Grenzzone zum Gesunden aber nicht überschreiten. Sie zerfallen rasch. Für die Annahme, daß andere Metamorphosen der weißen Blutelemente als in Mastzellen und Plasmazellen Platz greifen, ergeben sich keinerlei Anzeichen, und der Befund spricht


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchaus gegen die Möglichkeit einer Umformung der hämatogenen Elemente in Gewebselemente der Hirnrinde. Die früheren Mastzellen und Plasmazellen finden sich in der Pia um den Sitz der Läsion und verdicken sie früh. Hier entwickeln sich auch die ersten Fibroblasten und Gitterzellen, die veränderte originale Bindegewebszellen darstellen. Gegen Ende der zweiten Periode (4. Tag) ist das Plättchen gefüllt mit Gebilden, deren mesodermale Herkunft nachgewiesen wird, und die, abgesehen von den hämatogenen Elementen, in Form von isolierten Zellen und Zellgruppen, Fibroblasten und Gitterzellen, von Riesenzellen und neugebildeten Gefäßen auftreten. Die Befunde stehen in völligem Widerspruch gegen die *Borsts*, der neugebildete markhaltige Nervenfasern im Fremdkörper beschreibt, die sich mit den Ganglienzellen außerhalb des Fremdkörpers vereinigen. Die Arbeit ist durch zahlreiche sehr gute Zeichnungen und Photogramme erläutert.

Die Untersuchungen *Salas* (113) betreffen die Regenerationsvorgänge in der Hirnrinde junger Katzen, Hunde und Kaninchen nach aseptischen Schnittwunden. Die Tiere wurden nach 46 Stunden oder 5—14 Tagen getötet. Vereinzelt oder bündelweise zeigten sich neue Nervenfasern bereits am 5. Tage und durchsetzten plexusartig nach 14 Tagen den größten Teil der Narbe. Über Genaueres der interessanten Befunde muß auf das Original verwiesen werden.

Für die Studie *Ranckes* (105) über die Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis bilden 12 Fälle sicher luetischer Föten, Neugeborener und Säuglinge die Grundlage. Die Befunde lehren, daß hier die Spirochätensepticämie auch im Gehirne schwere Veränderungen verursacht, und zwar auf dem erkennbaren Wege, daß sich die im Blute kreisende Spirochäte in den Gefäßwänden der Pia festsetzt, zwischen den im Sinne einer Proliferation und vakuoligen Degeneration veränderten Endothelien eindringt und hinter die histologisch nicht nachweisbar veränderte Membrana elastica int. gelangt. Sie finden sich ferner vereinzelt in der Muscularis und Adventitia der Arterien, zahlreicher in den Wänden der Venen, deren Endothelzellen in großer Zahl in das Lumen abgestoßen werden und dort große, mit leukocytären Elementen angefüllte Makrophagen bilden. Die gelegentlich mit Spirochäten überschwemmte Pia weist Fibroblastenwucherung und Infiltration mit Plasma- und Mastzellen auf, dagegen keine die Lymphocytose des Liquor cerebr. erklärende Infiltration mit Lymphocyten. An Stellen schwerer pialer Wucherung, und zwar mit Vorliebe in den frontalen Regionen, dringt die Spirochäte direkt in die oberen Rindenschichten ein und bewirkt Wucherung der randständigen faserigen Neuroglia und Proliferation der Elemente der ektodermalen Stützsubstanz und der Gefäße, die Lymphscheiden der Gefäße bilden die bevorzugte Eingangspforte. Ähnlich wie in der Pia spielt sich der Prozeß in den Plexus chorioid. ab. Auf die Veränderungen in den feinen Gefäßen scheinen die Blutungen zurückgeführt werden zu müssen, die bei kongenitaler Syphilis häufig unter der Geburt auftreten, und auf die Reaktion des Gewebes auf ausgewanderte Parasiten die mit den „generellen Neubildungen“ in anderen Organen identischen kleinen Herde in Rinde und Mark. Der abweichende Befund in 3 Fällen, in denen vornehmlich fibroblastische und regressive Veränderungen in der Pia und degenerative Erscheinungen adventitia und Glia vorlagen, während Spirochäten im Gehirn fehlten, l




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deuten, daß es sich hier nicht um primäre Läsionen durch die Spirochäte handelt, sondern um sekundäre „metasyphilitische“ Prozesse durch die Erkrankung anderer Organe, die in einem der Fälle mit Spirochäten gefüllt waren. Zum Schluß seiner Arbeit, die eine Fülle hier nicht gestreifter Beobachtungen enthält, erörtert Verf. die Beziehungen der Spirochaeta pall. zu den Trypanosomen.

Damaye (22) berichtet einen Fall von Gehirntumor bei einer Syphilitischen, die nach den Symptomen zuerst an Paralyse denken ließ, indessen wiesen Systagmus, Strabismus, Hemiparese und Fußklonus, später Erbrechen auf Tumor, der bei der Sektion als ein mächtiges Sarkom im linken Stirnhirn gefunden wurde. Außerdem bestand syphilitische Exostose des Stirnbeines, einige Syphilome der Dura und eingehend beschriebene Veränderungen der Hirnrinde, wie sie der Dem. paralytica zukommen. *D.* hält dies für eine der von *Klippel* beschriebenen Modifikationen der Paralyse, wie sie als sekundäre Meningoencephalitis bei zirkumskripten Herden des Gehirns vorkomme.

Auch der Fall *Dercums* (27), in welchem ein gut apfelsinengroßes Sarkom im Stirnhirn beiderseits saß, verlief ähnlich der Paralyse, jedoch mit Anämie, Stauungsneuritis, Witzelsucht, zuletzt Vomitus und Konvulsionen.

In dem komplizierten Fall von Hirntumor, den *Ricksher* und *Southard* (106) berichten, bestand ein 4:3:2,5 cm großes durales Endotheliom über dem oberen, äußeren Teil des linken Stirnhirns, Arteriosklerose, multiple Erweichungsherde im Pons, Atrophie der Betzschen Zellen, besonders in der rechten Praecentralis, chronnische und subakute Meningitis cerebralis und spinalis und Veränderungen im Ganglion Gasseri. Der Befund wird mit der Atherose und mit eitriger Otitis media in Beziehung gesetzt.

Der Fall von *Cortesi* (20) betrifft ein von der Dura ausgehendes und das linke Stirnhirn durchsetzendes Endotheliom. Die Krankheitsdauer betrug etwa ein Jahr, die Symptome bestanden in Schwindel, zunehmender Demenz mit Zornanfällen, apoplexiiformen und epileptischen Anfällen, Hemiparese, besonders des Beines und Sprachstörungen (Bradyphasie und motorische Aphasie). Über Stauungspapille ist nichts erwähnt.

Die Dissertation *Storbecks* (122) behandelt einen Fall von Gliom des linken Thalamus und betrifft eine Frau, die vor 1½ Jahren durch Blitzschlag einige Stunden bewußtlos gewesen war, seitdem einige Anfälle schwerer Kopfschmerzen hatte und seit einem halben Jahr ständig an Kopfschmerzen litt zugleich mit Schwindel und Ohrensausen, zuletzt Doppeltsehen, Ptosis und Facialisparese links, beiderseitige Stauungspapille. Der Tod erfolgte bald nach Öffnung der linken hinteren Schädelgrube, wo der Sitz des Tumors zunächst vermutet wurde.

In mancher Hinsicht ungewöhnlich verlief der von *Helen Baldwin* (8) mitgeteilte Fall eines meningealen Endothelioms von 2 cm Durchmesser, das auf die obere Fläche der linken Kleinhirnhemisphäre drückte. Die ersten Erscheinungen traten 10 Jahre vor dem Tode in Gestalt von plötzlichen Hinterkopfschmerzen, später zerebellare Ataxie und zerebellare Anfälle von plötzlichem Nachgeben der Glieder ohne Schwindel oder Bewußtseinsstörung, Taubheit des rechten Ohres, Neigung, den Kopf nach links zu drehen. Noch im 7. Jahre der Krankheit konnte



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die damals 54jährige Patientin einen ausführlichen und von guter Selbstbeobachtung zeugenden Krankheitsbericht verfassen und die Psyche blieb auch fernerhin frei bis auf Gedächtnisschwäche und Verlangsamung des Denkens. Stauungspapille fehlte bis zuletzt. Nach allem glaubte man mit zerebraler Atherose zu tun zu haben.

Accornero (1) macht seinen Fall zur Basis von theoretischen Erwägungen, obgleich die Operation einen Tumor nicht fand und Autopsie fehlt.

In dem sehr glücklich operierten Fall von *Mills* und *Frazier* (80) saß eine 8:4 cm messende eiförmige Cyste mit dünnen Wänden im oberen Teil des rechten Occipitallappens mit dem größeren Teil in den Parietallappen hineinragend. Die Symptome hatten sich in wenigen Monaten entwickelt mit Stauungspapille, linksseitiger homonymer Heminanopsie, Störungen der Sensibilität und Motilität links, ohne Babinski, allerdings waren vor etwa 3 Jahren Schwindelanfälle aufgetreten. Die Auslösung der Cyste gelang ohne Zwischenfälle und Folgen, die Symptome schwanden sofort, nur die Hemianopsie bildete sich langsam, aber in einigen Monaten fast vollständig zurück.

In dem Fall von *Clingestein* (18) fand sich bei einem langjährigen Epileptiker, der plötzlich nach einem Anfall starb, neben frischer duraler Blutung ein etwa pferdebohnengroßes Hämangiom in der Haubengegend der proximalen Brücke und der Vierhügelgegend, anfangs vorwiegend links, weiterhin annähernd symmetrisch, dessen Struktur durch zahlreiche frische und ältere Blutungen verwischt war. Verf. schließt unter Angabe der Kasuistik, daß Ponserkrankungen bei genuiner Epilepsie und umgekehrt Epilepsie bei Ponserkrankungen selten sind, die ursächliche Bedeutung des Angioms für die Epilepsie also zweifelhaft ist. Plötzlicher Hirntod durch so gelegene Geschwülste sei theoretisch denkbar.

Weber und *Schultz* (134) erläutern zwei Fälle von „Pseudotumor cerebri", beidemal handelte es sich um bisher gesunde Personen, beide erkrankten, der eine nach Pneumonie und Pleuraempyem, die andere nach Lumbalanästhesie und Uterusexstirpation, unter Symptomen eines raumbeengenden Gehirnprozesses, der im ersten Fall unter Schwankungen, im zweiten rapide an Intensität zunahm. Im ersten war das Bild durch Zusammentreffen von drei Prozessen zustande gekommen: mikroskopisch nachweisbare sarkomatöse diffuse Infiltration der Pia, Arteriosklerose und akute Infektionskrankheit. Im zweiten Falle gab die verbreitete Atherose der Gehirnarterien mit miliaren Erweichungsherden die Grundlage für die Annahme, daß hier wie im ersten Falle die Erscheinungen der Raumbeengung zurückzuführen waren auf die geschädigten Zirkulationsverhältnisse, durch welche die Ausgleichmöglichkeiten von Druckschwankungen verringert wurde, wie dies in Infiltraten der Lymphscheiden und perivaskulären Blutungen und Gewebsödemen sichtbar wurde.

In dem Fall *Zöllners* (135) ergab sich eine karzinomähnliche Neubildung, ausgehend vom Vorderlappen der Hypophysis, die das Keilbein durchwuchert hatte und durch Siebbeinzellen und Sinus cavern. in beide Orbitae und das Naseninnere bis nahe an die Nasenlöcher eingedrungen war, nur der rechte N. trigeminus war atrophisch, die übrigen Gebilde wiesen im wesentlichen nur Formveränderungen auf. Beginn 5 Jahre vor dem Tode mit wechselnder Schwerhörigkeit, später in




Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

langsamer Entwicklung Schwindel, Kopfschmerzen, Augenmuskellähmungen. Prominenz der Bulbi, Hyposmie, Nystagmus, Hirndruckerscheinungen. Bemerkenswert war der auch sexuell infantile Habitus des beim Tode 23jährigen Mannes, die beträchtliche Adipositas und die geringe Beteiligung der Psyche. Der Tod erfolgte plötzlich. Die Lumbalpunktion hatte nur tropfenweise etwas Liquor gefördert, der auch bei der Sektion nur in mäßiger Menge vorhanden war. Es ist möglich, daß eine kammartige Ausstülpung an den Kleinhirntonsillen den Kanal verschlossen hat.

Das häufige Symptom von Schmerzen bei Akromegalie ist mit der Bildung von Knochenplättchen in der spinalen Pia erklärt worden. *Leopold* (68) weist nach, daß sich diese Plättchen in zahlreichen anderen Krankheiten, insbesondere auf arteriosklerotischer Grundlage bilden und mit den Schmerzen nichts zu tun haben, eine bestimmte Pathologie des Rückenmarkes bei Akromegalie liege nicht vor.

Dagegen regt *Dercum* (26) an, in Fällen von Tabes mit trophischen Knochenstörungen auf die Hypophysis und andere Drüsen ohne Ausführungsgang zu achten. In einem Fall von Tabes mit ausgebreiteten Vergrößerungen der distalen Knochen fand er die Hypophysis auf das Doppelte vergrößert durch Hypertrophie und Vaskularisation, ebenso die Nebennieren, in geringem Grade auch die Gland. thyreoidea.

Sano (114) begründet in seinem Vortrag die Mahnung, so oft als möglich zu obduzieren, weil auch ohne Mikroskop viel gewonnen werden kann. Er rät dringend, Reglements für Obduktionen zu verhüten, „die besten seien noch immer sehr schlecht".

Neu (86) stellt die Obduktionsbefunde der 147 Todesfälle der drei letzten Jahre seiner Anstalt (Zentral-Indiana) zusammen. Es fällt auf, daß in 89% Gefäßerkrankungen bestanden und in 40% Lungentuberkulose. Das letztere veranlaßt N. nach gesetzlichen Maßregeln der Tuberkulosebekämpfung zu rufen.

In dem Falle von *Gianetti* (41) nahm eine rahmige Masse von 1½ cm Länge den vorderen Teil der Corp. callos. ein, die das ganze Genu und das Rostrum umfaßte. Außerdem bestand ein älterer Herd im obersten Teil des rechten Putamen und dem vorderen Schenkel der inneren Kapsel. Es betraf eine 55jährige Syphilitische mit unbekannter Vorgeschichte, die seit zwei Jahren Risus spasticus und nach einem apoplektischen Anfall Aphasie und Lähmung der Glieder darbot. Der mit der älteren Läsion erklärte Risus spasticus verschwand mit Einsetzen der frischen. *G.* schließt aus der Sichtung ähnlicher beschriebener Fälle, daß doppelseitige Hemiparese mit ein- oder beiderseitigen Symptomen motorischer Reizung, aber ohne Beteiligung der Hirnnerven mit ziemlicher Sicherheit auf Balkenläsionen hinweist, Fehlen von Anästhesie und Mangel der psychischen Synthese künstlich herbeigeführter Schmerzempfindungen in den gelähmten Gliedern ebenfalls Balkenläsionen anzeigt, und zwar den Sitz im vorderen Teil des Balkens.

Der Befund in dem von *Muggia* (84) eingehend beschriebenen Fall von nahezu symmetrischer roter Erweichung im Centrum ovale beiderseits und im Balken hat nur anatomisches Interesse.

In dem Fall *Ayers* (7) (85jähriger Mann unter der klinischen Diagnose seniler Arteriosklerose) hatte eine linsenförmige, etwa 10 ccm enthaltende Zyste der Dura den größeren Teil des linken Temporallappens außer Form gebracht und den vor-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deren Teil der oberen Temporalwindung verkümmern lassen. Die Zyste wird als kongenital und die Verkümmerung als Hypoplasie aufgefaßt. Herderscheinungen hatte sie nicht gemacht und hatte auch offenbar mit der seit 4 Jahren bestehenden Taubheit nichts zu tun.

An einem sehr lehrreichen Fall zeigt *Jacobsohn* (53), wie das physiologische Übergewicht der linken Hemisphäre bei Rechtshändern zu Fehldiagnosen in der Lokalisation führen kann. Nachdem bei dem 25jährigen Manne längere Zeit Kopfschmerz und links Ohrausfluß bestanden hatte, stellte sich ein somnolent-stuporöser Zustand von wechselnder Stärke ein mit folgenden auf Tumor oder Abszeß des linken Schläfenlappens deutenden Symptomen: Parese des linken Facialis, Sprachstörung in Form optisch-taktiler Paraphasie bei erhaltenem Nachsprechen und Wortverständnis, Schreib- und Lesestörung, Fieber. Die Operation bestätigte die Diagnose nicht, die Autopsie aber machte den Fall vollkommen durchsichtig: es bestand beiderseits Otitis, die links, vielleicht weil der Abfluß des Eiters frei war, eine verhältnismäßig geringe Meningoencephalitis erzeugt hatte (Auflockerung der 1. Temporalwindung und der angrenzenden Inselregion, des Putamens nebst innerer Kapsel), rechts aber starke und ausgedehnte Rindenencephalitis im ganzen Schläfenlappen, 3. Stirnwindung nebst angrenzenden Zentralwindungen und Parietalwindungen veranlaßt hatte.

Über das Gewicht der Großhirnhemisphäre in gesundem und krankem Zustande hat *Rübel* (110) Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, daß die überwiegende Mehrzahl beider Kategorien gewichtsgleiche Hemisphären hat, die Paralyse kann zu einseitiger Hemisphärenverkleinerung führen, gelegentlich in extremem Grade, pflegt dann aber Halbseitensymptome zu machen, in der Mehrzahl der Fälle führt sie dagegen zu durchaus harmonischem Schwund. Abweichende Ergebnisse sind auf mangelhafte Sektionsmethode und zu hohe Bewertung unvermeidlicher artefizieller Differenzen zurückzuführen.

Pailhas (90) erzählt einige Fälle, in denen die Kranken nach Apoplexie die Empfindung äußerten, die gelähmte Seite oder das gelähmte Glied sei verdoppelt.

Nach *Allen* (2) ist Spätapoplexie nicht notwendig eine Hämorrhagie, sie könne auf Verschluß oder Thrombose einer oder mehrerer Arterien als unmittelbare Ursache infolge der Kopfverletzung heruhen. Die Zerebrospinalflüssigkeit spiele bei Spätapoplexie keine notwendige Rolle, und Läsion der Gegend des Aquaeductus und 4. Ventrikels sei dabei kollateral ohne ursächliche Bedeutung. Bei Hämorrhagien brauche der Blutung nicht notwendig nekrotische Erweichung in der Umgebung der Arterie voranzugehen, vielmehr sei die Arterie selbst beschädigt und berste bei normalem oder erhöhtem Blutdruck, sie unterliege einer endothelialen Proliferation, die ihrerseits zu Thrombose führen könne. Diesen Befund ergab der von *A.* berichtete Fall von Spätapoplexie, die 10 Tage nach Schlägen gegen den Kopf eintrat und nach 6 Tagen zum Tode führte. Der Fall war durch mäßige Nierenerkrankung kompliziert.

Die Dissertation von *Hirschfeld* (51) behandelt 3 Fälle traumatischer Gehirnverletzungen. Der erste ist von Interesse dadurch, daß der Schädel intakt war und die ausgedehnte Zerstörung des rechten Stirnlappens und der Spitze des rechten





Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schläfenlappens symptomlos verlaufen war, soweit nicht die tobsüchtige Erregung dahin zu rechnen ist. Auch der zweite Fall (Sturz auf den Kopf) zeigte intakte Schädelknochen und einen frischen Erweichungsherd im Parietooccipitalhirn nach dem Ventrikel zu. Im dritten Fall hatte sich die Kranke in ihrer Tobsucht die Verletzung zugezogen, der Schädel hatte keine Fissuren, aber zahlreiche Blutextravasate in der Spongiosa. Hautzerstörungen an den Fingern in diesem Falle und rascher Dekubitus in allen 3 Fällen werden durch die Hirnläsionen erklärt.

Den sehr prägnanten Symptomemkomplex bei Verschluß der Art. cerebellar. inf. schildert *Spiller* (120): plötzliches Einsetzen, gewöhnlich ohne Bewußtseinsverlust, keine oder schwache motorische Zeichen von der entgegengesetzten Körperhälfte, aber starke Störungen ihrer Schmerz- und Temperaturempfindung und im Quintusgebiet der gleichen Seite oder auch in der entgegengesetzten Gesichtshälfte mit Beteiligung des ersten oder der beiden ersten oder aller Äste, je nach Niveau der Läsion; Parästhesien im gestörten Empfindungsgebiet bei gewöhnlich erhaltenem Tast- und Lagegefühl; Ataxie der Glieder derselben Seite, die beweist, daß die Fasern der Koordination sich nicht unter der Med. oblong. kreuzen. Tendenz, nach derselben Seite zu fallen und den Kopf zu drehen (*Deiters*scher Kern ?). *Ménière*scher Symptomenkomplex, Schwindel, Gehörshalluzinationen, Erbrechen. Schlucklähmung durch Beteiligung der Muskeln derselben Seite, aber ungestörte Sensibilität des Pharynx, Lähmung des gleichseitigen weichen Gaumens und des Larynx, Singultus. Gelegentlich Beteiligung der Zunge sensibel und motorisch. Parese des gleichseitigen 6. und 7. Nerven, die freibleiben, wenn die Läsion auf die Art. cerebellar inf. post. beschränkt ist, aufgehobenes Schwitzen der gleichen Gesichtshälfte, vermehrtes der entgegengesetzten, Pulsbeschleunigung durch Vaguslähmung, Verlust der Sehnenreflexe. Zwei eigene Beobachtungen werden mitgeteilt, in deren einer die linke Art. post. inf. und die linke Vertebralarterie bis zur Art. basil. thrombotisch war. Im zweiten waren die Basilar. und linke Vertebr. thrombotisch. Sitz der Erweichungen und ihre klinischen Symptome werden eingehend beschrieben.

Lépine (70) hat in einigen Fällen von Psychosen Tuberkulöser einen auf subakute Meningoencephalitis deutenden Symptomenkomplex auftreten sehen, der auf Behandlung mit Injektionen von Argent. coll. und des *Chantemesse*schen Präparats zurückging. Namentlich das letztere (nukleinsaures Natrium) wirkt nach *L.*s Deutung durch die Erzeugung einer heftigen Reaktion auf die Psychose, die man sich als eine zerebrale Begleiterscheinung bei tuberkulösen Schüben Prädisponierter vorzustellen hat.

Liepmann hat bei keinem linksseitig Gelähmten Dyspraxie der rechten Hand gefunden, aber umgekehrt bei rechts Gelähmten Dyspraxie der linken Hand. Ist daraus zu folgern, daß gewisse Läsionen der linken Hemisphäre das Handeln beider Körperhälften beeinträchtigen, so muß bei Linkshändern das von der rechten Hemisphäre gelten. In dem von *Hildebrand* (50) mitgeteilten Fall bestätigte sich diese Voraussetzung.

Rheins (107) ungewöhnlicher Fall von Apraxie betrifft einen 55jährigen Mann. Er war im Laufe der letzten Jahre völlig erblindet, war unfähig, die Lage seiner


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Glieder zu bezeichnen, Berührung irgendwo zu lokalisieren, Gegenstände durch das Gefühl zu erkennen. Temperatur- und Tastgefühl in der linken Hand herabgesetzt, spontane Bewegung derselben aufgehoben. Die rechte Hand war apraktisch und Apraxie war deutlich beim Kauen und Gehen. Die Sektion ergab Rindenerweichung der Gegend der rechten Parieto-occipitalis, 3 cm weit nach vorn, 1½ cm nach hinten reichend und seitlich 4½ cm von der Longitudinalfurche, die Gegend der Calcarina frei. Weiter fand sich Degeneration des unteren Längsbündels und der Sehstrahlungen und links geringere Veränderungen dieser Bahnen und der Rinde korrespondierender Regionen, sowie Degeneration des hinteren Balkenabschnitts, als Ursache Arteriosklerose. *Rh.* begründet eingehend seine Ansicht, daß es sich um Apraxie handelt und Ataxie und Agnosie ausgeschlossen ist, und nicht Seelenblindheit, sondern Rindenblindheit vorliegt, deren bisheriger Lokalisation der Befund dieses Falles nicht entspricht.

Prince (101) knüpft seine Studie über die taktile Lokalisation an einen Fall von Schädelfraktur durch ein herabfallendes Gerät, die dem Armzentrum entsprach. Die Prüfung des Lokalisationsvermögens am Arm nach der Methode *Volkmanns* (mit offenen Augen die bei Augenschluß berührte Stelle bezeichnen) und nach der Benennungsmethode (bei Augenschluß berührte Stellen zu nennen) gab in den ersten Wochen das gleiche Resultat, dann aber konnte Patient richtig zeigen, aber nicht richtig benennen. Daraus folgt, daß man die psychische Verarbeitung der Tasteindrücke unterschätzt hat und die Annahme irrig ist, Stereognosie und Symbolie seien spezielle „Sinne" oder „Vermögen".

In einer zweiten Arbeit erklärt und begründet dies *Prince* (102) eingehender. Die Ausdrücke „taktile Asymbolie" und „taktile Astereognosie" sollte man ganz fallen lassen oder nur als eine Bezeichnung für einen taktilen Ausfallskomplex beibehalten.

Meeus (78) weist in einem Artikel über Sprachstörungen als Ursache falscher Diagnosenstellung an Beispielen nach, daß Dementia praecox zuerst als Imbezillität angesehen, später als Fall subkortikaler Aphasie erkannt wurde, ein anderer als motorische Aphasie galt, der sich als mutazistisch erwies. Angeborene Sprachdefekte infolge von infantiler Pseudobulbärparalyse können Idiotie vortäuschen, und sensorische Aphasie erweckte eine Zeitlang den Verdacht auf Dementia paralytica.

Eine sehr interessante Beobachtung veröffentlicht *Ashmead* (6). Sein 44jähriger Vater wurde, während er einen Brief an ihn schrieb, von einem Zustand von Herzflattern und Summen des Wortes „one" im Kopfe betroffen, der Brief ist weitergeschrieben, aber plötzlich in sinnlosen Worten mit häufiger Wiederkehr des Wortes „one" und „once". Der Zustand wich schnell, und die Briefe der nächsten Tage, die faksimiliert beigegeben sind, zeigen von der Störung nichts mehr. Seit einigen Wochen hatte Ödem der Unterschenkel bestanden.

Der von *Dyminski* (32) behandelte Fall von Aphasie hat neben Störungen des Gedächtnisses Sprachstörungen besonderer Art, von denen hervorzuheben ist gestörtes Wortfinden und Schreiben und Störung im Hersagen geläufiger Reihen, er wiederholte die gleiche Reihe einmal richtig, das andere Mal falsch und fand-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das gleiche Wort in der einen geläufigen Reihe stets prompt, während er es in der anderen Reihe nicht fand. Verf. begnügt sich mit Recht, die unendliche Menge der Äußerungsformen der Aphasie um eine auffallende Beobachtung bereichert zu haben, ohne den Versuch zu machen, sie in eines der Sprachschemata einzuordnen.

Die Aphasielehre *P. Maries* verteidigt sein Schüler *Moutier* (83) in einem umfangreichen Werke „L'Aphasie de Broca". Das Programm des Buches ist, folgenden Beweis zu führen: Die Aphasie Brocas ist gleich Anarthrie + Aphasie, Anarthrie ist die Unfähigkeit oder Erschwerung, die Worte zu artikulieren, Aphasie ist nichts anderes als die sensorische Aphasie Wernickes, d. h. Störung der innerlichen Sprache, welche direkt zu Änderungen des Wortausdrucks, des Lesens und Schreibens führt. Es gibt nur e i n e Aphasie, der Anarthritische hat nichts Aphasisches, die Phänomene der Aphasie sind nur Verschiedenheiten in der Intensität. Die 3. Stirnwindung hat mit der Sprachfunktion nichts zu tun, vielmehr ist die Brocasche Aphasie immer die Folge einer Läsion der Zona lenticularis, verbunden mit einer Läsion der Wernickeschen Zone und ist bedingt durch Störung der allgemeinen Intelligenz und der speziellen Intelligenz der Sprache. Nach diesem Programm behandelt das Buch die Geschichte der Aphasielehre, das Für und Wider in den bisherigen klinischen Beobachtungen, die Lokalisation, die Verteilung der Art. foss. Sylv., die Natur und die Symptome der Brocaschen Aphasie, den Nachweis des Intelligenzdefektes, die Theorie der Wortbilder und schließt mit der Sichtung der Fälle in der Literatur und der Darlegung einer Reihe von eigenen Beobachtungen.

Um ein nicht ganz zutreffendes Bild zu gebrauchen: *Marie-Moutier* schneiden den zu üppig gewucherten Baum der Aphasielehre auf das fruchtbare Holz zurück, dabei fallen auch gesunde Äste, und ihr Verfahren erfährt mehr oder minder heftigen Widerspruch. *Liepmann* (73) hält ihnen entgegen, daß ihre Prüfung auf Sprachverständnis in Wirklichkeit eine Prüfung auf Merkfähigkeit ist, daß sie die Tatsache des Übergreifens einer Läsion im „frontalen" Sprachgebiet auf den Schläfenlappen vernachlässigen, der zufolge der sog. Motorisch-Aphasische nur ein a potiori Motorisch-Aphasischer ist, daß sie eine Grundtatsache der Aphasielehre übersehen, nämlich den verhältnismäßig transitorischen Charakter der Worttaubheit bei nur linksseitigen Herden, eine Tatsache, die *Wernicke* mit der Funktionsübernahme durch den rechten Schläfenlappen erklärt hat. Sie hätten die Elemente der Aphasielehre nicht bedacht, daß ein Motorisch-Aphasischer ganz oder annähernd wortstumm sei, während der Sensorisch-Aphasische sich durch Paraphasie bis zum Jargon verschiedenen Grades kennzeichnet. Anderenfalls wären sie nicht in solchem Falle durch das Fehlen einer Broca-Läsion überrascht worden. Dyspraxie werde leicht für mangelndes Wortlautverständnis gehalten und die Schwierigkeit der Kranken, verwickelteren Auseinandersetzungen zu folgen, falle nicht unter den Begriff der Sprachstörungen, sondern der der gedanklichen Schwäche; hier sei die Berufung auf Intelligenzschwäche am Platze, sie sei aber nur zum Teil Folge der Läsion des Wortes, zum anderen Teil Folge allgemeiner Schädigung von Hirngebieten, die außerhalb des Herdes liegen. Schließt *Moutier* mit den Worten: „Die Brocasche Aphasie wird immer bleiben und mit Recht", so schließt *Liepmann*: „Der Unterschied einer motorischen, durch Herde im vorderen Sprachgebiete verursachten und einer



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sensorischen, durch Herde im hinteren Sprachgebiet verursachten Aphasie wird unerschüttert bestehen bleiben".

Die kritische Besprechung des *Moutier*schen Buches durch *Goldstein* (47) enthält eine nicht so weit gehende Ablehnung der Marieschen Lehre und nimmt vielfach eine vermittelnde Stellung ein unter Darlegung eigener Anschauungen, die zu einer kurzen Wiedergabe nicht geeignet sind.

Cortesi (19) beschreibt einen Fall von Verlust des spontanen und des Nach-Sprechens, Worttaubheit und -blindheit, Agraphie spontan und auf Diktat, in dem sich keinerlei kortikale, aber ausgedehnte subkortikale Läsion der Brocaschen und Wernickeschen Zone fand und der gegen die Lichtheimsche Unterscheidung kortikaler und subkartikaler Aphasie spricht.

Nach *Hudovernig* (52) sind die scheinbaren und die funktionellen Facialislähmungen von den eigentlichen organischen zu trennen, erstere bedingt durch Asymmetrien des Gesichtsschädels und dergl., die zweite bei funktionellen Neurosen und ohne anatomische Grundlage vorkommend. Für die organischen Lähmungen wird nachgewiesen, daß der obere Fazialisast im Ausgangspunkt der kortiko-nukleären Fazialisbahn (Hirnrinde) und im Ausgangspunkt der nukleo-muskulären Fazialisbahn (Fazialiskern) ein selbständiges Zentrum besitzt. Dies liefert die anatomische Erklärung für die Nichtbeteiligung des oberen Astes an der zentralen Facialislähmung und das Fortbestehen des „Supraorbitalreflexes", was als Unterscheidungsmerkmal der zentralen Lähmung von der peripheren gilt.

Die Ventrikel- und Lumbalpunktion bringen bei Raumbeschränkung im Schädel nur vorübergehend Nutzen und können nicht zu oft wiederholt werden. Um den verlegten Abzugsweg der Gehirnflüssigkeit dauernd zu ersetzen, machen *Anton* und *v. Bramann* (5) den aussichtsvollen Vorschlag den Balken zu öffnen, wobei im allgemeinen der Stirnhirnteil, und zwar die Querebene der präzentralen Furche, zu wählen ist, weil man hier mit Sicherheit in die Seitenventrikel gelangt; nach Bedarf können auch andere Balkenpunkte, z. B. die Parietalregion, gewählt werden. Es empfiehlt sich, den Stich und die Erweiterung mit einem stumpfen Instrument vorzunehmen, das hohl sein muß, weil das Herausfließen des Liquors die geschehene Durchtrennung des Balkens nach dem Ventrikel erkennen läßt. Die Stichöffnung kann dann nach vorn oder hinten stumpf erweitert werden. Zur Öffnung des Schädels ist ein kleines Trepanations- oder Bohrloch (nach *Doyen*) seitlich der Mittellinie anzulegen, um den Sinus zu vermeiden. Mit dieser Operation ist dem Ventrikelinhalt die Kommunikation mit dem Subdualraum und dem Rückenmarkskanal wiedergegeben. Die Operation, die an 4 Fällen illustriert wird, ist indiziert bei Hydrocephalus, Tumoren, Hypertrophie (Epilepsie) und Pseudotumor. Von größter Bedeutung ist, daß sie geschehen kann, ehe die Lokalisation des Leidens gesichert zu sein braucht, und daß sie in frühen Stadien Erleichterung schafft und die Erblindung hinausschiebt.

d) Psychosen bei diffusen Gehirnerkrankungen.

Im Gegensatz zu Huntingtonscher Chorea, in welcher der Verfall in Demenz zum Krankheitsbilde gehört, sind psychotische Erscheinungen bei Sydenhamscher


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chorea nicht häufig. *Burr* (14) teilt sie in 4 Gruppen: in der ersten, größten. Gruppe besteht scheues, unaufmerksames und trotziges Wesen, zu ihm treten in der zweiten Gruppe nächtliches Aufschrecken und vorübergehende Sinnestäuschungen. in der dritten fieberhaftes Delirium verschiedenen Grades, in der vierten, kleinsten. Gruppe Stupor und akute Demenz, die sich zuweilen an das Delirium der dritten anschließt. Kranke der beiden ersten Gruppen genesen fast immer, die der 3. und 4. bleiben dement, wenn sie das Delirium überleben. Diese Chorea kann, wenn auch sehr selten, noch im Alter vorkommen, meist ist sie Folge von Herdläsionen und partiell, kann aber allgemein werden. Choreatische Psychose erkennt *B.* nicht an. sondern nur Psychosen, die bei Chorea auftreten. Eine Anzahl von Fällen sind als Beispiele eingeflochten.

Anton (4) beschreibt einen Fall von fortschreitender Demenz mit Chorea. Myasthenie und zerebellarer Ataxie bei einem 14jährigen Mädchen mit angeborener Syphilis. Der anatomische Befund war Erweichung der linken oberen Hirnwindung. Verschmälerung der Brückenarme, Erweichung der mittleren Anteile des Putamen mit Beteiligung der Caps. ext. in fast symmetrischer Form beiderseits; ferner symmetrische kleine Flecken in der Marksubstanz der Kleinhirnhemisphären, in denen wenig Fasern und kleinzellige Infiltration, sowie kleine nekrotische Stellen sichtbar waren, und eine der „juvenilen knotigen hypertrophischen Leberzirrhose" entsprechende Veränderung der Leber. Das Mädchen entsprach körperlich und geistig einem etwa 8jährigen und hatte etwa 5% Zucker im Urin. Vom 8. Jahre ab war Chorea, geistige und körperliche Leichtermüdbarkeit, später zeitweise erotisches Wesen aufgetreten. Als Bezeichnung der Krankheit — ähnliche Beobachtungen liegen von anderen vor — wäre Dementia chorea-asthenica vorzuschlagen.

Redlich (106) stellt fest, daß bei der tuberkulösen Meningitis relativ häufiger als bei der eitrigen Meningitis psychische Störungen intensiver Art in Frühstadien vorkommen oder ein Verlauf, der den Ausbruch einer Psychose erwarten läßt. Begründet ist dies zum Teil durch den subakuten Verlauf der tuberkulösen M., mehr aber durch Alkoholismus, der auch das Überwiegen der Männer, des höheren Alters und die Häufigkeit des an Delirium tremens erinnernden Verlaufs erklärt. In der Regel spielen sich die psychotischen Erscheinungen bis zum Eintritt der Somnolenz als traurige Verstimmung ab, die sich in einzelnen Fällen zu melancholisch-hypochondrischen Zuständen steigern kann. Diese Färbung zeichnet auch das Delirium aus. Für die Diagnose ist Lumbalpunktion wichtig.

Den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion in Fällen von Cerebrospinalmeningitis epidem. betont *Böttger* (12).

Gehry (43) erörtert an einem Fall von tuberkulöser Meningitis bei einer alten paranoiden Demenz, welche kortiko-meningealen Veränderungen auf Rechnung der tuberkulösen Meningitis zu setzen sind. Sie erhält ihr typisches Gepräge durch miliare (Tuberkel) Knötchen in der Pia, welche die Pia durchbrechend auf die Rinde übergreifen können, wobei sie ihre Struktur in dem Sinne modifizieren, daß die Tumorzellen lockerer aneinander schließen und größer werden. Die Pia reagiert auf den Reiz durch Infiltrationen mit Lymphozyten, Plasmazellen und eigenartige große runde, den Epitheloidzellen des Tuberkels analoge Zellen, die Rindengefäße reagieren



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

durch Veränderungen, die mit denen der Paralyse identisch sind. Die Ganglienzellen sind nicht erheblich vermindert, ihre Hauptveränderungen bestehen in partieller und totaler Chromatolyse, die Neurologie zeigt vergrößerte und plasmareiche Zellen. Alle diese Veränderungen sind streng an das Auftreten von Tuberkeln gebunden und nehmen tangential und radial mit der Entfernung von ihnen ab. Dies Verhalten ist für die tuberkulöse Meningitis charakteristisch.

Nach diesen Darlegungen wird man in Zweifel ziehen müssen, ob *Damaye* und *Desruelles* (23) mit ihrer Annahme recht haben, daß der anatomische Befund ihres Falles zusammen mit den vagen klinischen Symptomen der einer beginnenden Dem. paralytica ist. Die 39jährige Witwe war ohne syphilitische Antezedentien, hatte 4 gesunde Kinder, war seit längerer Zeit tuberkulös, erkrankte im März mit Verwirrtheit und Aufregung und starb im April anscheinend an ihrer tuberkulösen Meningitis.

Konvulsionen bei Kindern werden gern mit der Anwesenheit von Askariden im Darm erklärt. *Lépine*, *Lambert* und *Salin* (69) weisen in ihrem Fall eines 4jährigen idiotischen Knaben mit massenhaften Askariden alte encephalitische Prozesse und Hydrocephalus auf tuberkulöser Grundlage und frische Miliartuberkulose als Ursache nach.

Die Empfindung der Verdoppelung des Körpers oder einzelner Teile bei Fieberzuständen erklärte *Pailhas* (91) mit Anführung einiger Beobachtungen durch veränderte Organgefühle, erwähnt aber nicht die Voraussetzung krankhaft erregbarer Zentren.

Wallbaum (129) hält in drei mitgeteilten Fällen die Entstehung multipler Sklerose nach psychischem Shock für zweifellos erwiesen. Die Vorbedingung sei ein prädisponiertes Nervensystem (die Prädisposition hat sich allerdings in zwei der Fälle durch nichts verraten, Ref.), aller Wahrscheinlichkeit nach entstehe sie auf dem Wege des vaskulären Systems, und myelitische Prozesse seien mit *Leyden* als Vorläufer der Krankheit aufzufassen.

Aus den Ergebnissen seiner anatomischen Untersuchungen der multiplen Sklerose hebt *G. Oppenheim* (89) zunächst hervor die diffuse perivaskuläre Plasmazelleninfiltration, welche dieselbe Beurteilung beansprucht, die sie bei Paralyse, Trypanosemen-Krankheiten usw. hat, wenn auch bei diesen die degenerativen Erkrankungen der Ganglien das Bild beherrschen und hier wie dort sich ein Zusammenhang zwischen exsudativen und degenerativen Veränderungen noch nicht nachweisen läßt. Ob der wechselnde Befund von einkernigen Zellen berechtigt, verschiedene Krankheitsformen anzunehmen, muß dahingestellt bleiben; die Beobachtung, daß sich entzündliche Vorgänge in Form adventitieller Plasmazelleninfiltration vergesellschaftet finden mit den typischen Kennzeichen echter multipler Sklerose, spricht dagegen. Die Untersuchungsmerkmale von anderen Formen herdförmiger Myelitis vermehrt O. durch den Nachweis des verschiedenen Baues der Herde, je nachdem sie im Mark oder in der Rinde gelegen sind. Schließlich weist *O.* auf die aus seinen Befunden herzuleitenden Gründe hin, eine exogene Krankheitsursache anzunehmen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Moriyasu (82) berichtet über seine Untersuchungsresultate mit der Bielschofskyschen Fibrillenmethode an Fällen von Dem. senilis und Delirium tremens. Bei Dem. senilis sind die Neurofibrillen in allen Rindenteilen, am stärksten in der hinteren Zentralwindung, mehr oder weniger vermindert. Im Gegensatz zur Paralyse sind die dickeren Fasern von allen Kategorien der Fasern stärker ergriffen. Die Ganglienzellen zeigen bei gut erhaltener äußerer Form starke Zerstörung der intrazellulären Fibrillen und Kernschädigung, charakteristisch ist, daß in denselben Präparaten erkrankte Ganglienzellen mit normalen abwechselnd vorhanden sind. Bei Delirium tremens sind die extrazellulären Fibrillen diffus in der Hirnrinde gelichtet, im allgemeinen sehr geringfügig. Die Ganglienzellen sind meist gut erhalten, und die extrazellulären Fibrillen geben klare Bilder. Atrophische Zellveränderung und Gefäßverdickung kommen dem chronischen Alkoholismus zu und sind für Del. trem. nicht charakteristisch. Im Grundgewebe und den Gefäßscheiden findet sich viel Blutpigment.

Der von *Paysen* (93) in seiner Dissertation bearbeitete Fall betrifft einen z. Z. 33jährigen Hausdiener: deutlicher Beginn im 25. Jahr, aber in unsicheren Zeichen auf das Knabenalter zurückgreifend. Er entsprach der Erbschen juvenilen Form der Dystrophia muscularis progressiva, und zwar dem skapulo-humeralen Typus. Der familiäre Charakter erwies sich durch gleiche Erkrankung des Bruders.

In dem von *Donath* (30) beschriebenen Fall von Halbseitenläsion (Stich im 5–6. Brustsegment war bemerkenswert) taktile Hypästhesie und enorme Hyperalgesie auf der Seite der Läsion, Analgesie und Thermanästhesie auf der zentralateralen Seite, das Auftreten höchst schmerzhafter Streckkrämpfe in der gelähmten Extremität, Fehlen der Bauch- und Kremasterreflexe auf der gelähmten Seite und Steigerung der Patellar- und Achillesreflexe beiderseits, schließlich die rasche Besserung.

Walton (130) ist der Meinung, daß die von dem eigentlichen Prozeß unabhängige meningeale Reizung im Beginn der Poliomyelitis ant. der Erwachsenen oft zu Verkennung der gar nicht seltenen Erkrankung führt, wobei die späteren Lähmungen für Folge einer Meningitis gehalten werden. Der Beginn ist bei Erwachsenen retardierter als bei Kindern und die Ausbreitung der Lähmung von einer Gruppe auf die andere weniger unmittelbar; nach Aufhören des Fiebers ist kein weiteres Übergreifen der Lähmung mehr zu befürchten. 10 Fälle im Alter von 12—27 Jahren sind eingefügt.

---

5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. Anstaltsarzt, Zum Bau der Irrenanstalten. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 7. S. 53. (S. 237*.)
2. *Bresler, J.*, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 31. (236*.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. *Boulenger*, Le „mental nursing" en Angleterre. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. No. 136. (S. 243*.)

4. *Clarke*, *C. K.*, Notes on some of the psychiatric clinics and asylums of Germany. Americ. journ. of insan. Vol. 65. Nr. 2. S. 357.

5. *de Clérambault*, *G.*, Notes sur le régime des aliénés en Angleterre Ann. med. psychol. 1908. Nr. 1. S. 35.

6. *Colin*, *H.*, L'enseignement professionel du personnel infirmier dans les asiles d'aliénés de la Seine. Revue de Psych. 1908. No. 3. S. 89. (S. 243*.)

7. *Dannemann*, *A.*, Ein badisches Gesetz betr. die Irrenfürsorge Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 44. S. 1897. (S. 241*.)

8. *Dannemann*, *A.*, Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke. Jur.-pych. Grenzfragen. VI. Bd. H. 7. 62 S. 1,20 M. Verl. von C. Marhold-Halle. (S. 239*.)

9. *Elkins*, *F. A.*, Asylum officials: is it necessary or advisable for so many to live on the premises? The journ. of ment. science. Vol. 54. Nr. 227. S. 691. (S. 243*.)

10. *Finkh*, *J.*, Das heutige Irrenwesen, Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. München, Verl. von Otto Gmelin. 72 S. 2,50 M. (S. 243*.)

11. *Fischer*, *M.*, Zum Bau von Irrenanstalten. Psych.-neur. Wochenschrift. X. Jahrg. Nr. 18. S. 145. (S. 237*.)

12. *Geller*, Aus dem Bewahrungshause in Düren. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsref. 5. Jahrg. (S. 240*.)

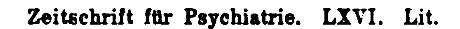
13. *Gregor*, *M. S.*, Reception hospitals, psychopathic wards and psychopatic hospitals. Americ. journ. of insan. Vol. 65. Nr. 1. S. 63.

14. *Grotjahn*, *A.*, Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. Leipzig. 1908. F. C. W. Vogel. 406 S. 10 M. (S. 234*.)

15. *Hermann*, *J. S.*, Zur Frage des weiblichen Wartepersonals in den männlichen Abteilungen der psychiatrischen Heilanstalten. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1908. Nr. 5—7. (S. 242*.)

16. *Hoffmann*, *L.*, Neubauten der Stadt Berlin. Bd. VII: Vierte Irrenanstalt zu Buch. Berlin. 1908. Ernst Wasmuth.

17. *Hraše*, *Joh.*, Die Pflege der Geisteskranken. Leitf. f. Irrenpfleger. Prag, Bursik u. Kohout. 154 S. 2,10 M. (S. 242*.)






Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

18. *Hughes*, *C. H.*, The right management of an hospital for the insane. The alienist and neurol. 1908. No. 4. S. 475.
19. *Hughes*, *C. H.*, An insane hospital annex reformatory and sanatorium for insanoids or semi-fous. The alien. and neurol. 1908. Nr. 3. S. 311.
20. *Kerris*, *E.*, Zum Pflegerunterricht. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 19. S. 153. (S. 242*.)
21. *Knapp*, *Ph. C.*: The psychopathic hospital and psychiatric and neurological wards. Boston med. and surgical journ. 1908. 27. August. (S. 242*.)
22. *Kolb*, *H.*, Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und für die Organisation der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der bayerischen Verhältnisse. Halle a. S. 1908. C. Marhold. 54 S. 1,20 M. (S. 238*.)
23. *Koller*, *A.*, Die Fürsorge für die Geisteskranken im Kanton Appenzell A.-Rh. und die kantonale Irrenanstalt in Herisau. Zeitschr. f. schweiz. Statistik. 44. Jahrg. 1908. (S. 237*.)
24. *Magunna*, *O.* und *Krüger*, *Fr.*, Die Erweiterungsbauten der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg. Zeitschr. f. Architektur u. Ingenieurwesen. 1908. H. 6. (S. 238*.)
25. *Moeli*, *C.*, Die Fürsorge für psychisch Kranke. Sonderabdruck aus der Festschrift des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins: Das preußische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883—1908. (S. 236*.)
26. *Mönkemöller*, *O.*, Über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker. Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 19 bis 21. (S. 240*.)
27. *Morel*, *J.*, Le traitement des aliénés et des dégénérés déliquants. Le service de médecine mentale dans les prisons, les dépôts de mendicité et de vagabondage et les écoles de réforme. (S. 241*.)
28. *Moreira*, *Jul.*, Assistencia a alienados na Allemanha clinica de Munich. Arch. brasil. de psych., neurol. e med. legal. 1908. IV. 1 u. 2. S. 172.
29. *Müller*, *H.*, Gehalt und Anstellungsbedingungen der Ärzte an den Irrenanstalten. Psych.-neur. Wochenschr. 1908. Nr. 45. (S. 242*.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

30. *Näcke, P.*, Zur Unterbringung der geisteskranken Verbrecher usw. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 11. S. 85. (S.240*.)

31. *Neißer, Cl.*, Ein Absonderungshaus für geisteskranke Typhusbazillenträger (weiblichen Geschlechts). Psych. - neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 5. S. 37. (S. 237*.)

32. Niederösterreich: Die materielle und soziale Stellung der Irrenärzte Niederösterreichs. Psych.-neur. Wochenschr. IX. Jahrg. Nr. 49. (S. 242*.)

33. *Pandy, K.*, Das Irrenwesen in Finnland. Psych.-neur. Wochenschr. IX. Jahrg. Nr. 41—42. (S. 236*.)

34. *Pandy, K.*, Die Irrenfürsorge in Europa. Berlin 1908. Georg Reimer. 596 S. 12 M. (S. 235*.)

35. *Pilgrim, Ch. W.*, The proper size of hospitals for the insane. Americ. journ. of insan. Vol. 65. Nr. 2. S. 337.

36. *Rehm, E.*, Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 31. Jahrg. S. 601. (238*.)

37. *Risch, B.*, Die Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 3. S. 21. (S. 239*.)

38. *Riva, E.*, Gli alienati criminali pericolosi e la necessità della loro custodia in istituti speciali. Riv. speriment. di freniatria. 1908. Vol. 34. P. 549. (S. 241*.)

39. *Robertson-Milne*, Statistical notes on criminal lunacy in the Punjab Asylum. Journ. of ment. science. No. 225. P. 362.

40. *Rodiet, A.*, L'infirmière en France et dans les autres pays. L'informateur des alién. et des neur. 1908. No. 5—6. (S. 243*.)

41. *Ryan, Edw.*, A visit to the psychiatric clinics and asylums of the old land. Americ. journ. of insan. Vol. 65. No. 2. P. 347.

42. *Sandner, Fr.*, Handbuch der Heil- und Pflege-Anstalten Bayerns für Psychisch-Kranke, Idioten, Schwachsinnige, Epileptiker, Blinde, Taubstumme und Alkoholiker. Ansbach. 1908. G. Oppels Verlag. 519 S. 5 M. (S. 239*.)

43. *Sandner, Fr.*, Die Selbständigkeit der Anstaltsärzte. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 4. S. 35. (S. 242*.)

44. *Schröder*, Über die Frage der besonderen Ausbildung, der wissenschaftlichen Fortbildung und der geistigen Anregung und


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erholung der Anstaltsärzte. Psych.-neur. Wochenschr. 1908. Nr. 47. (S. 242*.)

45. *Schwandner*, Praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Strafgefangener. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 5. Jahrg. H. 7. S. 401. (S. 241*.)

46. *Staiger*, Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 5. Jahrg. H. 7. S. 415. (S. 241*.)

47. *Starlinger*, *Jos.*, Streifzüge durch das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 32. S. 265. (236*.)

48 *Stelzer*, *D.*, Die Jubiläumsausstellung in der niederösterreich. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 27. (S. 238*.)

49. *Vocke*, *Fr.*, Die Selbständigkeit der Anstaltsärzte. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 1. S. 1. (S. 242*.)

50. *Wachsmuth*, *H.*, Ärztliche Dienstverteilung an den Anstalten. Psych.-neur. Wochenschr. 1908. Nr. 46.

51. *Weygandt*, *W.*, Zur Frage der Selbständigkeit der Irrenärzte. Psych.-neur. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 2. S. 13. (S.242*)

52. Zustände in der Heidelberger Universitäts-Irrenklinik, verfaßt von einem dort irrtümlich 5 Tage Internierten. Heidelberg 1908. Verl. von Jünger u. Co. 95 S. 2 M. (243*.)

II. Anstaltsberichte.

53. Ansbach, Kreisirrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Herfeldt*. (S. 264*.)

54. Allenberg (Ostpr.), Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers*. (S. 244*.)

55. Alt-Scherbitz, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. 30.—33. Verwaltungsbericht pro 1904—1908. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Paetz*. (S. 254*.)

56. Alt-Strelitz, Landesirrenanstalt bei Strelitz. Bericht pro 1906 u. 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Serger*. (S. 273*.)

57. Bamberg, Städtische Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu. Bericht pro 1905—1907. Dir.: Dr. *Bott*. (S. 264*.)



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

58. Bayreuth, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Med.-Rat Dr. *Kraußold.* (S. 265*.)

59. Blankenhain i. Th., Karl-Friedrich-Hospital, Großherzogl. Sächs. Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt mit Siechenabteilung. Bericht pro 1903—1907. Dir.: Dr. *Lüderitz.* (S. 274*.)

60. Brandenburgischer Provinzialausschuß, Auszug aus dem Verwaltungsbericht. 22. Jan. 1908. (S. 245*.)

61. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht pro 1907. (S. 285*.)

62. Breslau, Städtisches Irrenhaus. Bericht pro 1907. Dir.: Primärarzt Dr. *Hahn.* (S. 251*.)

36. Brieg, Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen.* (S. 252*.)

64. Brünn, Mährische Landes-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: M.-U. Dr. *Hellwig.* (278*.)

65. Buch, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Richter.* (S. 249*.)

66. Bunzlau, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Neißer.* (S. 252*.)

67. Burghölzli, Zücherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler.* (S. 278*.)

68. Cery, Rapport annuel de l'asile de Cery 1907. (S. 282*.)

69. Charkow, Gouvernements-Landesirrenanstalt. Bericht pro 1907. (S. 285*.)

70. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Kroemer.* (S. 244*.)

71. Dalldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander.* (S. 248*.)

72. Dösen, Städtische Heilanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Lehmann.* (S. 269*.)

73. Dun-sur Auron, La colonie familiale. Bericht pro 1907. (S. 282*.)

74. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Kaiser.* (S. 250*.)

75. Eglfing b. München, oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Vocke.* (S. 265*.)



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

76. Eichberg, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *R. Snell.* (S. 260*.)

77. Ellen b. Bremen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Delbrück.* (S. 276*.)

78. Emmendingen, Großh. Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Haardt.* (S. 270*.)

79. Frankfurt a. M., Städtische Heil- und Pflegeanstalt für Irre und Epileptische. Bericht pro 1906—1908. Dir.: Prof. Dr. *Sioli.* (S. 261*.)

80. Freiburg i. Schl., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg.* (S. 252*.)

81. Freiburg i. B., Großh. Badische psychiatrische Klinik. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Hofrat Prof. Dr. *Hoche.* (S. 271*.)

82. Friedmatt, Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Wolff.* (S. 280*.)

83. Friedrichsberg, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des hamburgischen Staates. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Weygandt.* (S. 275*.)

84. Gabersee, Oberbayerische Kreisirrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Dees.* (S. 265*.)

85. Gehlsheim, Großh. Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Rostock. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Schuchardt.* (S. 273*.)

86. Göttingen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. *Cramer.* (S. 256*.)

87. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr.* (S. 249*.)

88. Heidelberg, Psychiatrische Klinik. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Nissl.* (S. 271*.)

89. Herzberge, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli.* (S. 248*.)

90. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht pro 1907. (S. 285*.)

91. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Gerstenberg.* (S. 257*.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

92. Illenau, Großh. Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Rat Dr. *Schüle.* (S. 271*.)
93. Kaiserswerth a. Rh., Heilanstalt Johannisberg. Bericht pro 1902—1907. Dir.: Dr. *Tippel.* (S. 263*.)
94. Kaufbeuren, Bayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Prinzing.* (S. 266*.)
95. Königsfelden (Aargau), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Fröhlich.* (S. 281*.)
96. Kortau (Ostpr.), Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Stoltenhoff.* (S. 244*.)
97. Kosten (Posen), Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Dluhosch.* (250*.)
98. Kreuzburg (Schles.), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Schubert.* (S. 253*.)
99. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Kolb.* (S. 266*.)
100. Langenhagen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Völker.* (S. 257*.)
101. Langenhorn, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des Hamburgischen Staates. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Neuberger.* (S. 275*.)
102. Leubus (Schles.), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter.* (S. 253*.)
103. Lübeck, Staatsirrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Wattenberg.* (S. 276*.)
104. Lüneburg, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell.* (S. 257*.)
105. Luzern, Kantons-Hilfsverein für arme Irre. (S. 286*.)
106. Merenberg, Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1907. Dir.: Dr. *van Walsem.* (S. 282*.)
107. Mombello: Relazione sul movimento dei ricoverati nel manicomio provinciale di Milano in Mombello negli anni 1906 e 1907. Dir.: Dr. *G. B. Verga.* (S. 284*.)
108. Neu-Ruppin, Brandenburgische Landesirrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Selle.* (S. 246*.)
109. Neustadt in Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Dabelstein.* (S. 255*.)


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

110. N e u s t a d t in Westpr., Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas.* (S. 245*.)

111. N i e d e r n h a r t, Oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Schnopfhagen.* (S. 277*.)

112. N i e d e r ö s t e r r e i c h, Bericht über die Landes-Irrenanstalten etc. 1. Juli 1906 bis 30. Juni 1907, ausgegeben vom Landesausschuß Wien 1908. K. K. Hof- und Staatsdruckerei. (S. 277*).

113. O b e r n i g k (Rgbz. Breslau), Dr. *Kleudgens* Heilanstalt. Bericht über die Jahre 1894—1907. (S. 254*.)

114. O b r a w a l d e (Posen), Provinz-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Scholz.* (S. 251*.)

115. O s n a b r ü c k, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider.* (S. 258*.)

116. O w i n s k (Posen), Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Werner.* (S. 251*.)

117. P f o r z h e i m, Großh.-Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Fischer.* (S. 272*.)

118. P r e f a r g i e r, Maison de santé. 59me rapport annuel. Dir.: Dr. *Dardel.* (S. 282*.)

119. R h e i n p r o v i n z, Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. 1906/07. (S. 262*.)

120. R h e i n p r o v i n z, Hilfsverein für Geisteskranke. (S. 286*.)

121. R o c k w i n k e l b. Bremen, Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nervenleidende und Geisteskranke. Bericht pro 1907. Bes.: Dr. *Engelken.* (S. 276*.)

122. R o d a, Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflegeanstalt für Sachsen-Altenburg. Bericht pro 1907. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 275*.)

123. R o s e g g (Kant. Solothurn), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Greppin.* (S. 280*.)

124. S a a r g e m ü n d, Lothringische Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar.* (S. 277*.)

125. S a c h s e n, Königreich. Das Irrenwesen im Jahre 1906. Leipzig. 1908. Verl. von F. C. W. Vogel. (S. 266*.)



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

126. Sachsenberg, Großh. Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Schwerin i. M. Bericht pro 1907. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Matusch.* (S. 273*.)

127. Santiago (Chile), Movimiento de la Casa de Orates de Santiago. 1906. (S. 285*.)

128. Schleswig, Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff.* (S. 256*.)

129. Schwetz, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen.* (S. 245*.)

130. Scotland, 50. annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. 1907. (S. 283*.)

131. Sigmaringen, Fürst-Karl-Landesspital. Bericht pro 1907 bis 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Longard.* (S. 274*.)

132. Sonnenhalde, Heilanstalt für weibliche Gemütskranke bei Riehen, Kant. Basel. Bericht von 1. IX. 07 bis 31. VIII. 08. Dir.: Dr. *Bach.* (S. 280*.)

133. Stephansfeld-Hördt, Vereinigte elsässische Bezirks-Irrenanstalten. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Ransohoff.* (S. 276*.)

134. Tannenhof, Heil- und Pflegeanstalt bei Lüttringhausen im Rheinland. Bericht pro 1907/08. Dir.: Dr. *Beelitz.* (S. 264*.)

135. Tapiau (Ostpr.), Landespflegeanstalt. Bericht pro 1907. (S. 244*.)

136. Teupitz, Brandenburgische Landes-Irrenanstalt. Dir.: Dr. *Knörr.* (S. 247*.)

137. Tost (Oberschl.), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Schütze.* (S. 254*.)

138. Uccle, Rapport sur le service médical du Sanatorium du Fort Jaco à Uccle. (S. 282*.)

139. St. Urban, Kantonale Irrenanstalt. Bericht pro 1906 u. 1907. Dir.: Dr. *Lisibach.* (S. 279*.)

140. Waldau, Münsingen und Bellelay, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht pro 1907. Dir.: Prof. Dr. *v. Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiß.* (S. 279*.)

141. Waldfrieden, Heilstätte für Alkoholkranke. Bericht pro 1906 u. 1907. Dir.: Dr. *Kapff.* (S. 250*.)



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

142. **Waldhaus**, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 281*.)
143. **Wehnen**, Großh. Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 274*.)
144. **Weilmünster**, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 261*.)
145. **Westfalen**, Berichte der Direktoren der Provinzial-Heilanstalten pro 1906. Münster 1908. Universitätsbuchdruckerei. (S. 258*.)
146. **Wiesloch**, Großh.Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1907. Dir.: Med.-Rat Dr. *Fischer*. (S. 272*.)
147. **Wil**, Kantonales Asyl. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 280*.)
148. **Wittstock**, Brandenburgische Landarmen- und Siechenanstalt. Bericht pro 1907. Dr. *Tille*. (S. 248*.)
149. **Württemberg**, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1906. Herausg. vom Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart. 1908. Druck von W. Kohlhammer. (S. 269*.)
150. **Wuhlgarten**, Berliner städtische Anstalt für Epileptische. Bericht pro 1907. Dir.: Dr. *Hebold*. (S. 249*.)

Grotjahn (14): „Das moderne Krankenhaus-, Heil- und Pflegestättenwesen erstrebt die Hospitalisierung der an akuten Krankheiten oder Verletzungen erkrankten oder im terminalen Stadium befindlichen Patienten und die Asylierung der an chronischem und unheilbarem Siechtum Leidenden, während die vorbeugende Heilbehandlung sich als ein Zwischenglied für jene Patienten einschiebt, deren Einreihung in eine dieser beiden Kategorien entweder durch dauernde Heilung der Anfangsstadien überhaupt gänzlich vermieden oder erst nach längerer Beobachtung und Behandlung vollzogen werden kann.“ Die treibenden Kräfte, welche diese Entwicklung des Krankenhauswesens besonders in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bewirkt haben, behandelt der I. Teil des ausgezeichneten Werkes, sie sind einerseits rein medizinischer, andererseits legislatorischer und ökonomischer Natur. Sein II. Teil behandelt „Die Spezialisierung des Anstaltswesens.“ Hier interessieren besonders die Ausführungen über „Irrenanstalten“. Verf. betont die Notwendigkeit der Verallgemeinerung der Versorgung der Irren in Anstalten. Nicht nur alle gemeingefährlichen Geisteskranken, sondern auch die friedfertigen Geistesgestörten, — diese in ihrem eigensten Interesse, — will er in größerem Umfang als bisher asyliert wissen. Gemäß § 51 freigesprochene psychopathische Indi-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

viduen sowie solche, die zwar noch keine Delikte begangen haben, deren Geisteszustand aber derartig ist, daß man sich krimineller Taten versehen kann, sollen ebenfalls zwangsweise asyliert werden. Die Richtigkeit der Annahme, daß unser Irrenanstaltswesen in absehbarer Zeit solche Bedürfnisse wird decken können, erscheint zweifelhaft, wenn auch die Zahl der Anstalten im Deutschen Reich — 1877 waren 93 öffentliche und 114 private Anstalten vorhanden, 1904 dagegen 180 öffentliche und 279 private Anstalten mit 80 251 resp. 30 469 Betten —, schnell gewachsen ist. Die Versorgung der Geisteskranken in öffentlichen Anstalten wird empfohlen. Mindestens 300 Plätze in Irrenanstalten für je 100 000 Einwohner werden gefordert. 1903 kamen auf diese Zahl in Deutschland 192 in Anstalten befindliche Geisteskranken. Der Wert der Beschäftigung, der Arbeit für Geisteskranke wird besonders hervorgehoben und gezeigt, in welchem Umfange schon heute in Deutschland die Arbeitskraft, die dem Geisteskranken geblieben ist, ausgenutzt wird. Vollständige Asylierung der Geisteskranken wird den Prozentsatz der arbeitsfähigen Insassen noch erheblich vergrößern. Nachdem Verf. dann noch „Zwang und Freiheit im Irrenanstaltswesen" besprochen, stellt er folgende Leitsätze auf: Das Irrenwesen zeigt bei uns in Deutschland die erfreuliche Tendenz, von einer zeitweiligen Hospitalisierung der Geisteskranken mit auffallenden Symptomen fortzuschreiten zu einer dauernden Asylierung möglichst zahlreicher geistesgestörter Individuen. Dieses Verfahren ist allein imstande, die Irrenfrage dauernd zu lösen, indem es die Irren aus der übrigen Bevölkerung aussondert und ihnen im Anstaltsrahmen ein behagliches, durch ihre Arbeit nützliches und so in jeder Beziehung menschenwürdiges Dasein ermöglicht. Die vollständige Asylierung dürfte ungefähr 300 Plätze in öffentlichen Irrenanstalten auf 100 000 Einwohner erfordern. Diese vollständige Asylierung ist wünschenswert, weil nur durch langjährige Anstaltsbehandlung die heilbaren Geisteskranken genesen (?) und die unheilbaren einen für sie selbst zweckmäßigen und für die übrige Bevölkerung unschädliche Lebensweise genießen können. Dadurch, daß man mit Erfolg die Arbeitskraft der geisteskranken Individuen produktiv auszunützen gelernt hat, lassen sich die Kosten einer Verallgemeinerung der Asylierung auf ein für den Nationalwohlstand durchaus erträgliches Maß herabmindern." — Wie die „Irrenanstalten" werden die allgemeinen Krankenhäuser, die Anstalten für Genesende, Lungenkranke, Nervenkranke, Unfallverletzte, Venerische, die Entbindungsanstalten, Idioten-, Epileptiker-, Blinden-, Taubstummen-, Krüppel-Anstalten, Lepraheime, Siechen- und Invalidenheime, Anstalten für Trunksüchtige abgehandelt. Der III. Teil des Buches beschäftigt sich mit den „Entwicklungstendenzen" und untersucht, ob der Prozeß der Hospitalisierung und Asylierung überhaupt als Fortschritt zu begrüßen und wieweit er ökonomisch zu ertrag n ist. Ausgedehnte Quellenangaben bei jedem Abschnitt orientieren vollständig über die einschlägige Literatur.

Pándy (34) berichtet über die Irrenfürsorge in allen Ländern Europas. Bei dem Umfange des Buches und der Fülle des Stoffes darf eine nach allen Richtungen hin erschöpfende Behandlung des Themas nicht erwartet werden. Von deutschen Anstalten werden Stephansfeld-Hördt, Dalldorf, Herzberge, Wuhlgarten, Uchtspringe, Alt-Scherbitz, Gabersee, Galkhausen besprochen und im Anschluß hieran ein kurzer





Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Überblick über Geschichte und heutigen Stand des deutschen Irrenwesens gegeben. Ob diese Ausführungen ein vollständiges richtiges Bild von der jetzigen Irrenfürsorge in Deutschland geben, erscheint zweifelhaft. Aber, wenn man auch nicht mit allem übereinstimmt, unbestritten bleibt der Wert des Buches. Es ist und bleibt ein wertvoller, anregender Beitrag zur Kenntnis der Irrenfürsorge in allen Kulturländern.

In der Festschrift des preußischen Medizinalbeamten-Vereins: Das preußische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883—1908 hat *Moeli* (25) „Die Fürsorge für psychisch Kranke" bearbeitet. Er gibt darin einen kurzen, klaren Überblick über die großen Fortschritte und Verbesserungen, welche die Fürsorge für psychisch Kranke in den letzten 25 Jahren erfahren hat, würdigt die Ursachen des Erreichten und gibt wertvolle Winke für weitere Ausgestaltung.

Bresler (2) orientiert uns in seinem dem 3. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien erstatteten Referat kurz über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens. Eine herrliche Errungenschaft der Humanität nennt er die zwanglose Behandlung, betont dabei aber auch, daß die aus ernsten ärztlichen Erwägungen heraus geschehene Anwendung des Restraints und der Isolierung nicht gegen die Humanität verstößt und in manchen Fällen wissenschaftlich begründet und geboten ist. Bei der Pflegepersonalfrage wird auf die Wichtigkeit der Einführung systematischen Unterrichts hingewiesen. Die Zunahme der Verwendung weiblichen Pflegepersonals bei männlichen Geisteskranken wird begrüßt. Bei der Beköstigungsfrage macht Bresler auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche „Beköstigungsregulative" den Anstaltsverwaltungen gemacht haben; „die Beköstigung ohne Bindung an das Regulativ ist besser, abwechslungsreicher, schmackhafter." Die Wichtigkeit der Verhütung von Infektionskrankheiten in Irrenanstalten und die daraus entstehenden Aufgaben behandelt *Bresler* ausführlicher. Für arbeitende Anstaltspfleglinge verlangt er Entlohnungen. Unbemittelte Geisteskranke will er nur in öffentlichen, staatlichen Anstalten untergebracht wissen. Die Rückständigkeit der Irrenpflege in Belgien und Irland schildert er kurz, um dann die Fortschritte in der Familienpflege hervorzuheben. Die Schwierigkeiten, welche die Verwahrung der geisteskranken Verbrecher macht, bleiben nicht unerwähnt. Bei den modernen therapeutischen Maßnahmen wird auf die günstige Wirkung prolongierter Bäder hingewiesen und dabei der berechtigte Wunsch ausgesprochen, es möchten staatlicherseits mehr Geldmittel zu therapeutischen Studien, Stoffwechsel-, Blut- usw. Untersuchungen ausgeworfen werden. Kurze statistische Mitteilungen beschließen das interessante Referat.

Pándy (33) berichtet über Finnlands Irrenwesen, wie es früher war, wie es sich entwickelt hat und wie es sich jetzt darstellt, zum Teil auf Grund persönlicher Erfahrung.

Starlinger (47) zeigt in seinen interessanten Ausführungen die Unrichtigkeit der weit verbreiteten Annahme, die modernen irrenärztlichen Bestrebungen belasteten das Anstaltsbudget unverhältnismäßig stark und verursachten bloß Mehrauslagen. An der Hand amtlichen statistischen Materials beweist er, daß seit 1882 in Niederösterreich, „bei durchweg beträchtlichen Verbesserungen auf fast allen Gebieten des Anstaltslebens und -Aufenthaltes, eine wirtschaftlich weitgehende Ver-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tiefung und Ausnutzung stattgefunden hat, daß nicht bloß alle diese Verbesserungen reichlich gedeckt erscheinen, sondern im allgemeinen noch eine Verbilligung zu konstatieren ist". Trotz der großen Preissteigerung verpflegen die modernen Anstalten heute billiger als vor 25 Jahren. 1882 betrugen die Ausgaben für Irrenpflege in Niederösterreich 7,4% des gesamten Landesbudgets, 1906 5,8%.

Ist mit dem ausgesprochenen Pavillonstil für alle Zwecke das Ideal einer Anstalt erreicht, so fragt ein Anstaltsarzt (1), der seinen Namen leider nicht nennt. Er weist auf die Nachteile des Pavillonsystems und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Betriebe hin und schlägt eine gemischte Bauweise vor. Gewisse Krankenabteilungen sollen zu einer Zentralanstalt zusammengezogen werden, die Abteilungen mit klinischem Betriebe sollen unter einem Dach vereinigt sein. Daneben Pavillons für ruhige Kranke und stationär gewordene Fälle, welche nicht frei behandelt werden können.

„Wo genug Geld, da baue man ruhig weiter nach dem reinen Pavillonsystem mit den schmucken kleinen Villen," so äußert sich *Fischer* (11) zu diesem Thema. Wo gespart werden muß, sollen einige größere bauliche Komplexe bis zu 80 bis 120 Betten für klinische, Lazarettstationen und eventuell auch für chronisch Unruhige errichtet werden, dafür aber die ganze übrige Anstaltsanlage aus kleinen Pavillons mit nicht mehr als 35 Betten bestehen. Sehr richtig weist *Fischer* darauf hin, daß die Reaktion gegen das reine Pavillonsystem niemals bis zur Aufgabe seines gesunden Prinzips führen darf. „Wir stehen vor der Gefahr, das richtige Pavillonsystem überhaupt zu verlieren."

Koller (23) würdigt die segensreiche Wirksamkeit des 1877 gegründeten appenzellischen Hilfsvereins für arme Geisteskranke, der 1882 mit einem Vermächtnis von 100 Fr. den Grundstein zum Baufonds für eine kantonale Irrenanstalt gelegt. Seitdem hat das Appenzeller Volk ein Kapital von über 1 800 000 Fr. zusammengebracht. 1893 ergab eine offizielle kantonale Irrenzählung 518 Geisteskranke und Idioten auf zirka 55 000 Einwohner. Nachdem diese Enquete das Bedürfnis nach einer eigenen Anstalt nachgewiesen, gewann das Projekt einer solchen immer festere Gestalt; bald wurde zum Bau geschritten. Die Anstalt liegt beim Dorfe Herisau; ihr Gelände beträgt 18,6 ha; sie hat 250 Krankenbetten. Rücksicht auf die verfügbaren Geldmittel sowie die relative Kleinheit der Anstalt machten ein Zusammenlegen mehrerer Abteilungen in ein Gebäude notwendig und zwangen zur Abweichung vom klassischen Pavillonsystem. Die Krankengebäude bilden 2 Gruppen von je 3 Häusern; Männer- Frauenabteilung. Elektrische Beleuchtung. Zentralgruppenheizung. Wasserversorgung durch die Gemeinde Herisau. Kanalisation. Einzelne Abteilungen mit Fenstergittern. Gesamtkosten voraussichtlich 2 Millionen Fr.

Immer wiederkehrende Typhus- und Ruhrfälle haben in Bunzlau, so berichtet *Neißer* (31), Anlaß gegeben zu einer systematischen Durchuntersuchung aller Anstaltsinsassen auf Bazillen in den Dejektionen. Dabei sind keine Ruhrbazillenträger, wohl aber 14 (2 M. 12 Fr.) Typhusbazillenträger gefunden. Mehr als ein halbes Jahr war bei dieser Feststellung seit Auftreten der letzten Erkrankungsfälle verflossen. Zur Unschädlichmachung dieser chronischen Bazillenträger ist auf *Neißer*s Antrag


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jetzt ein besonderes Absonderungshaus gebaut. Mit seinen vorzüglichen vorbildlichen Einrichtungen machen uns die Ausführungen bekannt.

Magunna und *Krüger* (24) beschreiben die in den Jahren 1905—1907 bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg ausgeführten Erweiterungsbauten in Wort und Bild. Auf der Männer- und Frauenseite ist je ein Siechenhaus, je 1 Haus für unruhige (nicht sieche, wie irrtümlich mitgeteilt) und je 1 Haus für ruhige Kranke neu gebaut. Die einzelnen Häuser sind zweigeschossig und enthalten in jedem Geschoß eine in sich geschlossene, mit modernsten Einrichtungen versehene Abteilung zu je 25 Betten. Die Zentraleinrichtungen sind der Erweiterung um 300 Betten entsprechend vergrößert. Die Wärterkolonie besteht jetzt aus 13 Häusern; jedes Haus enthält zwei völlig getrennte, in sich abgeschlossene Wohnungen; zu jeder Wohnung gehören 500 qm unmittelbar angrenzendes Gartenland.

Stelzer (48) führt uns durch die Jubiläumsausstellung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Mauer-Öhling, die anläßlich des Festes der 60jährigen Regierung des Kaisers am 2. Juli 1908 eröffnet wurde. Die Ausstellung sollte, so entnehmen wir *Stelzer*s Ausführungen, einen Überblick über die in Mauer-Öhling übliche Beschäftigungstherapie geben, daneben aber auch dem Publikum zeigen, daß die Beschäftigung der Kranken nicht nur ihrer psychischen Wirkung wegen, sondern auch ihres materiellen Erfolges halber Unterstützung und Förderung verdient. *Stelzer*s Ausführungen geben zusammen mit guten Abbildungen ein klares Bild von der vorzüglichen Art der in Mauer-Öhling üblichen Beschäftigung. Die Ausstellung hat ihren Zweck erfüllt.

Rehm (36) macht beachtenswerte Vorschläge zur künftigen Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Er weist auf die große Überfüllung der 12 bayrischen Irrenanstalten hin (7,6%) und fordert, daß in den nächsten 10 Jahren auf 100 000 Einwohner 300 Plätze für Geisteskranke bereitgestellt werden; er fordert ferner, daß den Krankenhäusern in den größeren Städten zur raschen Unterbringung und vorübergehenden Behandlung besondere Abteilungen unter psychiatrischer Leitung angegliedert werden, daß die Aufnahmen in die Kreisirrenanstalten rasch, allein auf Grund eines ärztlichen Attestes und Antrag der nächsten Angehörigen erfolgen. Die Unterbringung der Idioten und Epileptiker soll den Kreisgemeinden auferlegt, die geistig abnormen Kinder und Jugendlichen sollen unter psychiatrische Beobachtung gestellt werden. Zur Heilung der Trinker sollen entsprechende Adnexe bei den Kreisirrenanstalten, für die kriminellen Kranken Adnexe bei den Strafanstalten unter psychiatrischer Leitung errichtet werden. Die Einrichtung von Volksnervenheilanstalten, von besonderen Anstalten für kriminelle psychopathisch Minderwertige wird dringend empfolhen. Schließlich will *Rehm* auch die Familienpflege und die Gründung von Hilfsvereinen für Geisteskranke energisch betrieben wissen; er bedauert dabei das Fehlen jeder Statistik der Geisteskranken, verlangt genaue Zählung aller Geisteskranken und Überwachung der außerhalb der Anstalt lebenden Kranken durch die Kreisirrenanstalten.

Kolb (22) gibt ebenfalls wertvolle Winke für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge, für die Organisation der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der bayerischen Verhältnisse. Er verspricht sich in dieser Hinsicht viel von der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schaffung psychiatrischer Medizinalausschüsse bei den Kreisregierungen und eines psychiatrischen Obermedizinalausschusses beim Ministerium, die bestehenden Privatpflegeanstalten will er eng an die Kreisirrenanstalten angegliedert wissen. Besonders interessant sind seine sehr detaillierten Vorschläge zur Einrichtung eines „externen ärztlichen Dienstes" bei den Kreisirrenanstalten, welcher diesen die Fürsorge für alle außerhalb der Anstalt befindlichen Geisteskranken, für die Pflegeanstalten, Trinkerheilstätten usw. überantworten würde. Solche Organisation erfordert natürlich viele kleinere Kreisirrenanstalten. Willkommene Anregungen über Bau und Organisation von Irrenanstalten beschließen *Kolbs* beachtenswerte Vorschläge, denen leider, so steht zu befürchten, baldige Verwirklichung nicht wird beschieden sein.

Sandners (42) Handbuch der Heil- und Pflege-Anstalten Bayerns für psychisch Kranke, Idioten, Schwachsinnige, Epileptiker, Blinde, Taubstumme und Alkoholiker erfüllt ein dringendes Bedürfnis und ist allen Interessenten ein willkommener Ratgeber. Es orientiert rasch über alle wichtigeren Fragen, die mit Aufnahme und Verpflegung des Erkrankten zusammenhängen, giebt Aufschluß über die wichtigsten einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, Verordnungen und Entschließungen und bringt neben statistischen Bemerkungen kurze Übersichten über die Entwicklung der einzelnen Anstalten.

Nach *Risch* (37) kann die Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit die Unschädlichmachung der geistig abnormen, rechtsbrechenden Individuen gefährden; er hält den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit für forensisch unbrauchbar. „Wird die Grenze der Zurechnungsfähigkeit noch weiter gezogen als bisher, so wird die Zahl derjenigen, deren Unschädlichmachung unmöglich gemacht wird, noch vergrößert." Rechtzeitige präzise Diagnose „Geistesstörung" sichert den Staat am besten vor geistig abnormen Verbrechern. „Die psychischen Mißbildungen, die mehr oder weniger ausgeprägt die Züge des degenerativen Irreseins an sich tragen, decken sich doch mit dem Begriff der Geistesstörung." Nicht vorübergehende Internierung im Gefängnis, sondern allein die bis zum Aufhören der Gemeingefährlichkeit durchführbare Internierung in der Irrenanstalt macht verbrecherische Geisteskranke unschädlich.

Im 7. Heft des 6. Bandes „Juristisch-psychiatrischer Grenzfragen" hat *Dannemann* (8) die in der Versammlung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen am 30. 11. 1907 zu Gießen erstatteten Referate über die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke unter spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in Hessen zusammengestellt. Über psychiatrische Strafanstaltsadnexe unter besonderer Berücksichtigung der Abteilung für geisteskranke Verbrecher am Landesgefängnis zu Bruchsal berichtet Regierungsrat Lenhard-Bruchsal. Er spricht sich über die Unterbringung der irren Verbrecher und der verbrecherischen Irren in psychiatrischen Strafanstaltsadnexen aus und schildert dabei die Entwicklung der Abteilung für geisteskranke Verbrecher in Bruchsal. *Dannemann* hält es für zweckmäßiger, die „gefährlichen Geisteskranken" in Irrenanstaltsadnexen, in besonderen bei Irrenanstalten errichteten Bewahrungshäusern unter
Inwiefern eine größere Anzahl von kriminellen Geisteskranken den Anst





Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stören, wie ungünstig sie ihn beeinflussen, wie sie Mitkranke und Personal demoralisieren schildert *Oswald*-Goddelau auf Grund reicher Erfahrung. „Hoffen wir, daß die Eröffnung der neuen Irrenanstalt zu Gießen mit dem festen Pavillon nicht zu lange auf sich warten läßt, damit die übrigen hessischen Irrenanstalten von dem Druck der antisozialsten und gemeingefährlichsten Elemente aufatmen können," so schließt er seine überzeugenden Ausführungen. *Kullmann*-Butzbach berichtet schließlich auf Grund einer 7jährigen Beobachtungsperiode über die Häufigkeit geistiger Störungen in den hessischen Strafanstalten und ihre Behandlung.

Geller (12) berichtet über die im Dürener Bewahrungshause gemachten Erfahrungen und fordert Dezentralisierung der kriminellen Geisteskranken; bei jeder Anstalt ein festes Haus. Die schlimmen Erfahrungen, welche man in den ersten Jah en mit dem Bewahrungshaus in Düren gemacht, führt er auf ungenügende bauliche Einrichtungen und vor allem auf die Minderwertigkeit des Pflegepersonals zurück. Geklagt wird noch über Mangel an Einzelzimmern und Werkstätten. Gewarnt wird vor zu großen Schlafsälen, mindestens 50% Einzelzimmer sollen vorhanden sein. Den Vorteil regelmäßiger Beschäftigung zeigte die anfangs oft fehlende Arbeitsgelegenheit. Als Belohnung erhalten die Arbeiter 8 Pfg. pro Tag. Katatoniker Paralytiker und Epileptiker mit häufigen Anfällen haben sich für das Bewahrungshaus als ungeeignet erwiesen, es überwiegen jetzt Kranke mit Paranoia 19% und besonders solche mit Degenerationspsychosen (34%). Die letzteren werden eingehender besprochen.

Näcke (30) gibt den Strafanstaltsadnexen den Vorzug; sie sollen aber größer sein als die jetzt in Preußen üblichen, sie sollen kleine Zentralanstalten sein mit 100—150 Betten, mit nötiger Arbeitsgelegenheit und selbstverständlich unter irrenärztlicher Leitung; sie sollen eine größere Anzahl von Kranken auf unbestimmte Zeit aufnehmen und zugleich auch die gefährlichen Irren, die in der Irenanstalt schaden, sowie die gefährlichen Minderwertigen verpflegen können, solange für diese keine „Zwischenanstalten" existieren.

Mönkemöller (26) hält die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in Strafanstaltsadnexen ebenfalls für das Zweckmäßigste. Allerdings genügt auch ihm die jetzige Form dieser Adnexe nicht. Die Adnexe müssen vergrößert und entsprechender eingerichtet werden, sie dürfen nicht nur Durchgangsstationen bleiben, sie müssen ihre Verbrecher dauernd oder doch so lange halten können, daß sie ohne Bedenken der gewöhnlichen Anstalt zugeführt werden können. Auch die große Zahl der Minderwertigen will Mönkemöller dauernd unschädlich gemacht wissen. „Die Anstalten für solche Minderwertige könnten, da sie eine Fülle von brauchbaren Arbeitskräften in sich bergen, wenigstens einen Teil der ungeheueren Kosten abverdienen, die das Verbrechen dem Staat auferlegt." Ackerbaukolonien, Urbarmachung von Ödländern. „Da die jetzt bestehenden Gesetze mit diesen Minderwertigen nur für recht kurze Zeiten fertig werden, sollte man die bequeme Handhabe ihrer psychischen Unzulänglichkeit benutzen, um ihrer Lebensführung Stetigkeit und der Öffentlichkeit Ruhe und Sicherheit zu verleihen."

Über praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Strafgefangener in der an das Zuchthaus Ludwigsburg angegliederten Irrenabteilung auf Hoben-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

asperg in Württemberg berichtet *Schwandner* (45) vom Standpunkt des Strafanstaltsvorstandes aus. Die durch Um- und Einbauten im sogenannten Kommandantenbau auf Hohenasperg hergestellte Abteilung hat sich zunächst nicht bewährt. Unzureichende bauliche Einrichtungen, ungenügendes Personal ergaben große Mißstände. Nach umfassenden Reparaturen und Umbauten wurde es besser. Jetzt bewährt sich das Strafanstaltsadnex. Die Notwendigkeit einmütigen Zusammenarbeitens von Arzt und Vorstand wird besonders betont. Hohenasperg behält auch die unheilbaren geisteskranken Strafgefangenen bis zum Strafende.

Staiger (46), ärztlicher Leiter der Irrenabteilung für geisteskranke Strafgefangene auf Hohenasperg, teilt seine Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher mit und geht dabei auf die einzelnen Krankheitsformen näher ein. Mit dem Strafanstaltsadnex an sich ist er einverstanden, seine Vorteile sind Entlastung der Irrenanstalten, Wegfall aller Schwierigkeiten bei der Aufnahme der Kranken, Fortdauer der Strafzeit. Was soll aber nach Ende der Strafzeit mit den geisteskranken Verbrechern geschehen? so fragt er schließlich und meint dann, die Bedenken gegen die Unterbringung dieser Kranken in Irrenanstalten, wie sie noch vielfach gehegt werden, sind nicht berechtigt. „Die großen Irrenanstalten mit ihren zahlreichen, hinsichtlich der freien Behandlung verschieden abgestuften Abteilungen sind am ehesten in der Lage, die irren Verbrecher zu verteilen und individuell zu behandeln, ein Vorteil, den eine eigene Abteilung für irre Verbrecher niemals in dieser Weise besitzt und besitzen kann."

Morel (27) verlangt eine Reform des belgischen Strafgesetzbuches. In den genannten Anstalten muß der Psychiater mehr zur Geltung kommen. An den größeren Gefängnissen müssen Adnexe zur Aufnahme der geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken errichtet und unter die Leitung eines Psychiaters gestellt werden. Hier sollen auch Ärzte und Juristen iihre Ausbildung in diesem Fache erhalten. In den Adnexen sollen die Kranken 6—12 Monate bleiben. Auf Antrag des Arztes soll der Termin verlängert werden können. Bei unheilbaren und dafür geeigneten Kranken käme die Überführung in eine gewöhnliche Irrenanstalt in Betracht. Für gefährliche Geisteskranke soll an einer Irrenanstalt eine besondere Abteilung errichtet werden. Einen Adnex sollten auch die Arbeitshäuser haben. An den Zwangserziehungsanstalten müßte ein Psychiater tätig sein. *Ganter.*

Riva (38) verbreitet sich über die Notwendigkeit, die gefährlichen und verbrecherischen Geisteskranken in besonderen Anstalten unterzubringen, und erörtert die mannigfachen Unzuträglichkeiten, die die Verpflegung der gefährlichen und verbrecherischen Geisteskranken in den Irrenanstalten mit sich führt, und stützt seine Behauptungen durch 9 Krankengeschichten. Es ist jetzt eine Kommission ernannt, die die beste Art der Unterbringung prüfen soll: Adnexe an Gefängnissen, an Irrenanstalten, oder besondere Anstalten. *Ganter.*

Dannemann (7) kritisiert in seinen Ausführungen den am 19. Juni 1908 der zweiten Kammer der Landstände Badens zugegangenen Entwurf eines Gesetzes betr. die Irrenfürsorge. Daß alle Aufnahmeatteste von beamteten Ärzten aus[illegible] werden sollen, hält er nicht mehr für zeitgemäß. Dazu, daß der Entwurf auch [illegible] Ärzten der öffentlichen Irrenanstalten das Recht einräumt, in besonderen F[illegible]



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Aufnahmeattest auszustellen, bemerkt er, es würde im Gesetz besser heißen statt „eines Arztes der Anstalt" „des leitenden Arztes der Anstalt oder seines Vertreters"; auch empfiehlt er hierzu einen Zusatz, wonach es in das Ermessen des Anstaltsarztes gestellt wird, in gewissen Fällen sein Untersuchungsresultat durch den Bezirksarzt bestätigen zu lassen. Bei dringlichen Aufnahmen will er nicht nur den besonders „ermächtigten" Privatanstaltsärzten die Ausstellung provisorischer Aufnahmeatteste konzedieren; er hält solche Einschränkung für nicht angebracht, dagegen die Nachprüfung durch den Bezirksarzt im Interesse des Privatanstaltsarztes für gerechtfertigt. Der Wortlaut des Entwurfes, soweit er sich auf die Unterbringung Geisteskranker in Kranken- und Armenanstalten bezieht, genügt *Dannemann* nicht. Er weist darauf hin, daß immer noch Geisteskranke längere Zeit in großen und kleineren Hospitälern in unzureichenden Gelassen und ohne fachärztliche Versorgung verpflegt werden, und fordert gesetzliche Abstellung solcher Mißstände.

Knapp (21) wendet sich gegen die Errichtung eines besonderen Krankenhauses für akute Geistesstörungen und Nervenkrankheiten (Neurasthenische, Psychasthenische, Hysterische). Fälle der Art könnten in die Irrenanstalt aufgenommen werden, nur müßten die gesetzlichen Bestimmungen geändert, d. h. die Aufnahmebedingungen erleichtert werden. In den allgemeinen Krankenhäusern ist nicht für sachverständige Behandlung gesorgt. *Ganter.*

Müller (29), *Sandner* (43), *Schroeder* (44), *Vocke* (49) und *Weygandt* (51) beschäftigen sich in ihren Ausführungen wieder mit der Lage der Anstaltsärzte. Es werden Vorschläge zur Verbesserung ihrer ökonomischer Lage gemacht, daneben wird vor allem größere Selbständigkeit gefordert. Der Erfolg dieser Bestrebungen tritt jetzt zutage. Zahlreiche Provinzialverwaltungen haben die Gehaltsverhältnisse ihrer Anstaltsärzte in anzuerkennender Weise verbessert. Auch die Forderung nach größerer Selbständigkeit ist nicht unbeachtet geblieben. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß in neueren Anstalten diesen Selbständigkeitsbestrebungen schon seit Jahren in weitestgehender Weise erfolgreich Rechnung getragen ist; hier sind die aufgestellten Forderungen zum größten Teil wohl schon erfüllt.

Der niederösterreichische Landtag — so wird aus Wien ausführlich berichtet — hat die materielle und soziale Stellung der Irrenärzte Niederösterreichs (32) zeitgemäß geändert und verbessert. „Die günstige Wirkung der Regulierung zeigte sich sofort: um jeden der seither freigewordenen Posten fanden sich zahlreiche Bewerber mit gediegener Vorbildung."

Hrašes (17) Leitfaden für Irrenpfleger erörtert in leicht verständlicher Form alle Fragen, welche den Irrenpfleger interessieren; er wird nicht nur in der Hand der Pfleger gute Dienste tun, sondern auch Ärzten beim Unterricht willkommen sein.

Kerris (20) zeigt, in welcher Weise im Pflegerunterricht die Unruhe und die Tätlichkeiten der Kranken gegen andere oder gegen Sachen bekämpft werden soll.

Hermann (15) urteilt auf Grund dreijähriger Erfahrung in Orel sehr günstig über die Einführung weiblichen Wartpersonals in Männerabteilungen; er berichtet, daß das weibliche Personal selbst mit den unruhigsten Kranken sehr gut fertig wird. Nur in der ersten Zeit versuchten Kranke zynische Gespräche usw. anzuknüpfen; später kam derartiges nicht mehr vor. „Die Frauen sind von Natur mit denjenigen

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eigenschaften ausgestattet, welche bei der Pflege von Geisteskranken erforderlich sind, sie sind zu solcher Tätigkeit geradezu berufen."

Boulenger (3) bringt in Kürze die Entwicklungsgeschichte und den derzeitigen Stand der Irrenpflege in England: Ausbildung, Entlohnung, Stellung usw. des Pflegepersonals. Zu erwähnen wäre, daß Dr. *Browne* als der Erste 1854 dem Personal Unterricht erteilte. Von dem Personal unterziehen sich 75% mit Erfolg dem Examen. Etwa 400 Kandidaten legen jährlich ihr Examen ab. Bis 1905 sind 7500 geprüft worden. Die Pfleger bilden einen Verband zur Vertretung ihrer Interessen und zur Förderung ihrer Ausbildung und verfügen über eine Zeitung. 3250 Mitglieder. Verf. möchte England als nachahmenswertes Vorbild für Belgien hinstellen. *Ganter.*

Colin (6) schildert die Art der Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals wie sie in den 6 Irrenanstalten des Seine-Departements eingeführt ist. *Ganter.*

Rodiet (40) hat sich durch eine Umfrage über die Herkunft, Stellung, Ausbildung des Pflegepersonals an verschiedenen Anstalten Frankreichs unterrichtet. Fast überall wurde über die Schwierigkeit geklagt, geeignetes Personal zu finden. Überall wird Unterricht erteilt. Die das Examen bestehen, erhalten ein Diplom. *Ganter.*

Elkins (9): Ist es nötig oder auch nur erwünscht, daß so viele der Angestellten in der Anstalt wohnen? Verf. meint, es sollte vom Pflegepersonal nur die absolut notwendige Zahl in der Anstalt essen und wohnen, die übrigen sollten außerhalb der Anstalt, in der Stadt oder im Dorf, ihr Heim haben. Sie sollten, wie andere Angestellte auch, ihre Dienststunden ableisten und dann vollständig frei sein. Die Anstalt würde dadurch viel an Emolumenten und dergl. sparen können und das Personal würde sich wohler, weil freier, befinden. Für die älteren Anstaltsärzte verlangt er Familienwohnung, und zwar in besonderen Gebäuden. Bis jetzt hat nur der Direktor die Möglichkeit zu heiraten. *Ganter.*

Finckh (10) wendet sich mit seiner Schrift an Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. In bunter Folge erörtert er die wichtigsten Fragen, die sich aus dem Irresein für den Kranken und seine Umgebung ergeben, den Begriff geistiger Gesundheit und Krankheit, Behandlung der Geisteskranken außerhalb der Anstalt, Alkoholismus, Selbstmord usw. In weiteste Kreise will Verf. richtige Anschauungen über die Natur des Irreseins hineintragen und so die immer noch weit verbreitete Voreingenommenheit, das große Mißtrauen gegen alles, was mit dem Irrenwesen zusammenhängt, bekämpfen.

„Zustände in der Heidelberger Universitäts-Irren-Klinik (52) oder 5 Tage lebendig begraben. Verfaßt von einem dort irrtümlich 5 Tage Internierten. Ein ernstes Mahnwort an Nerven- und Gemütskranke, an Eltern und Vormünder sowie an alle leicht erregbaren Menschen." Mit Illustrationen. Was sein Titel vermuten läßt, bestätigt der vielfach ganz verworrene Inhalt des Buches: es enthält Beschwerden und maßlose Übertreibungen usw. eines Geisteskranken über vermeintliche unrechtmäßige Internierung. Charakteristischer Weise bittet der Verlag, die Broschüre nicht auszuleihen, sondern alle Interessenten zum Ankauf zu veranlassen, und wirbt zugleich Mitarbeiter für die neu zu begründende „Zeitschrift des Bundes für vernünftige menschenwürdige Irrenpflege. Psychiatrische Ortsgruppe Heidelberg des allgemeinen deutschen Kulturbundes".







Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Zahl der in den Provinzialanstalten Ostpreußens verpflegten Geisteskranken betrug Ende 1907: 2791 Kr.; Zuwachs gegen das Vorjahr 115 (65 M. 50 Fr.). Zuwachs 1906: 93 Kr.

In Allenberg (54) begann das Berichtsjahr mit einem Krankenbestand von 862 (440 M. 422 Fr.). Zugang 335 (158 M. 177 Fr.). Abgang 325 (176 M. 149 Fr.). Bleibt Bestand 872 (422 M. 450 Fr.), davon 30 M. in Familienpflege. Genesen 32 = 9,55%. Gestorben 6,3% der Verpflegten. Regelmäßig beschäftigt 65%. Neubau eines Direktorwohnhauses, eines Pförtnerhauses, eines Leichenhauses. Normalbelegungszahl gegenwärtig 890 Kr. Finanzieller Abschluß günstig, vom etatsmäßigen Zuschuß sind 37 046 M. 86 Pf. erspart.

In Kortau (96) betrug der Krankenbestand zu Beginn des Berichtsjahres 963 (407 M. 556 Fr.). Zugang 465 (254 M. 211 Fr.). Abgang 368 (178 M. 190 Fr.). Bleibt Bestand 1060 (483 M. 577 Fr.), davon in Familienpflege 51 (29 M. 22 Fr.). Genesen 27 = 5,81% der Neuaufnahmen. Gestorben 7,56% der Verpflegten. Neubau eines Operationssaales, eines Laboratoriums, eines Leichenkellers. Einrichtung von Dauerbädern. Günstiger finanzieller Abschluß; von etatsmäßigen Zuschuß sind 20 292 M. 79 Pf. erspart.

Bestand in der Irrenpflegeanstalt Tapiau (135) zu Beginn des Berichtsjahres 783 (428 M. 355 Fr.). Zugang durch Überführung aus Allenberg und Kortau 89 (52 M. 37 Fr.), sonst 7 M. = 96 Kr. Abgang 87 (51 M. 36 Fr.). Bleibt Bestand 792 (436 M. 356 Fr.). Beschäftigt 41% M. und 60% Fr. — Anfangsbestand in der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer 68. Zugang 3. Abgang 4, davon 1 gestorben, 3 gebessert in die Landespflegeanstalt. Bleibt Bestand 67. Beschäftigt 53—62%.

Conradstein (70): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1376 (719 M. 657 Fr.). Zugang 370 (183 M. 187 Fr.). Abgang 291 (136 M. 155 Fr.). Bleibt Bestand 1455 (766 M. 689 Fr.), hiervon in Familienpflege 131 Kr. Von den Aufgenommenen litten 272 (119 M. 153 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 14 (9 M. 5 Fr.) an Paralyse, 31 (15 M. 16 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 34 (25 M. 9 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 17 (13 M. 4 Fr.) an Alkoholismus, 2 M. nicht geisteskrank. 102 Neuaufnahmen standen im ersten Vierteljahr ihrer Erkrankung, die anderen hatten bereits eine längere Krankheitsdauer hinter sich. Erbliche Belastung bei 142. Alkoholismus war bei 57 (53 M. 4 Fr.) Krankheitsursache, Unfall und Kopfverletzung 12mal, Überanstrengung und Erschöpfung 16 mal, Lues 15 mal. 86 (74 M. 12 Fr.) der Aufgenommenen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten, davon 48 erblich belastet. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 6 (5 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 122 (64 M. 58 Fr.). Ungeheilt 51 (29 M. 22 Fr.). Gestorben 118 (43 M. 75 Fr.) = 6,76% aller Verpflegten. Von den Geheilten und Gebesserten haben 55 die Anstalt innerhalb des ersten halben Jahres wieder verlassen; 35 blieben bis zu 1 Jahr, 83 mehr als zwei Jahre. Lungentuberkulose war 20 mal Todesursache. Durchschnittlicher Bestand der Bettlägerigen 9,14% M. und 19,55% Fr. Es arbeiteten durchschnittlich 289,29 M. und 274,39 Fr. Reingewinn 28 151 M. 29 Pf. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 54,8 Pf.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N e u s t a d t in Westpreußen (110): Bestand im Anfang des Bercihtsjahres 513 (265 M. 248 Fr.). Zugang 89 (52 M. 37 Fr.). Abgang 102 (59 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 500 (258 M. 242 Fr.), davon 4 Fr. in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 68 (38 M. 30 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, 2 Fr. an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 6 (4 M. 2 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 2 M. an Alkoholismus, 4 (3 M. 1 Fr.) waren nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 25 bis zu 1 Monat, bei 7 bis zu 2 Monaten, bei 16 bis zu 6 Monaten, bei 8 bis zu 1 Jahr, bei 29 bis zu 2 und mehr Jahren. Erbliche Belastung bei 31 = 34,8% (32,7% M. 37,8% Fr.). Trunksucht war 11 mal Krankheitsursache. 16 (15 M. 1 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 7 Kr. Geheilt und gebessert 43 (24 M. 19 Fr.), ungeheilt 18 (13 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 37 (19 M. 18 Fr.) = 6,1% aller Verpflegten. Von den Geheilten und Gebesserten haben 15 die Anstalt innerhalb des ersten halben Jahres verlassen. 6 Entweichungen. Lungentuberkulose war 6 mal Todesursache. Trotz ausgiebigster Bettbehandlung, Lagerung im Freien und Anwendung von Dauerbädern vorübergehende Isolierungen nicht vermieden. Beschäftigt waren durchschnittlich 30,43% M. u. 29,62% Fr. Gesamtausgabe 327 896 M. 87 Pf. Die Beköstigung kostete pro Tag und Kopf 79,34 Pf.

S c h w e t z (129): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 499 (262 M. 237 Fr.). Zugang 85 (53 M. 32 Fr.). Abgang 78 (40 M. 38 Fr.). Bleibt Bestand 506 (275 M. 231 Fr.), davon 29 in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 56 (31 M. 25 Fr.), an Paralyse 12 (9 M. 3 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 5 (2 M. 3 Fr.), an Epilepsie u. Hysterie 5 (4 M. 1 Fr.), an Alkoholismus 2. Zur Beobachtung kamen 5 M. Krankheitsdauer vor der Aufn hme bei 16 (7 M., 9 Fr.) bis 1 Monat, bei 15 (6 M. 9 Fr.) 1—6 Monate, bei 4 (3 M. 1 Fr.) bis zu 1 Jahr, sonst 1—50 Jahre. Heredität bei 30 (17 M. 13 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren 22 (21 M. 1 Fr.) in Konflikt gekommen. Alkoholismus war 6 mal, Lues 7 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 29 (11 M. 18 Fr.), ungeheilt 10 (5 M. 5 Fr.), gestorben 33 (18 M. 15 Fr.) — 5,65% aller Verpflegten. Tuberkulose war 4 mal Todesursache. 3 Entweichungen. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 57 Pf. Gesamtausgabe 285 981 M. 68 Pf.

Nach dem Verwaltungsbericht des B r a n d e n b u r g i s c h e n P r o v i n z i a l a u s s c h u s s e s (60) ist die Zahl der Geisteskranken, Idioten und Epileptischen gegen das Vorjahr um 304 gewachsen. „Teupitz" hat im Herbst 1908 die überfüllten Anstalten entlastet. Sorau und Lübben lassen sich eventuell auf 1200 Betten vergrößern (z. Zt. 800 bez. 700 Betten), die übrigen Anstalten sind vollständig ausgebaut. In „Waldfrieden" sind 108 Provinzialkranke untergebracht. In Familienpflege befanden sich am 31. Dezember 1907: 274 (141 M. 133 Fr.). Am weitesten vorgeschritten ist die Familienpflege in Eberswalde mit 112 (48 M. 64 Fr.). Von der Neueinrichtung des Stationshauses in Chorinchen und dem damit verbundenen ländlichen Anwesen wird eine intensivere Weiterentwicklung erwartet; in dem Gehöft sind Kranke unter Aufsicht des die Wirtschaft führenden Wärters untergebracht. Für die Eberswalder Familienpflege ist ein besonderer Arzt angestellt und in Eberswalde stationiert, er bleibt mit der dortigen Anstalt in engster


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fühlung. Der Bericht hebt weiter hervor, daß sich Einführung einer besonderen Siechenkost gut bewährt hat und daß sich eine weitere Änderung des Speiseetats für die dritte Klasse, der das Wartepersonal zugeteilt ist, nicht vermeiden läßt. „Neben einer größeren Abwechslung wird hier auch in der Güte und Zumessung der Speisen den jetzigen Anforderungen der besseren Arbeiterbevölkerung Rechnung zu tragen sein, zumal sich herausgestellt hat, daß lediglich wegen dieser unzulänglichen Beköstigung eine Reihe von Kündigungen erfolgt ist, und daß nichts unversucht bleiben darf, sich einen guten Stamm verläßlichen Personals zu erhalten. Das wird unverkennbar zur Hebung der Arbeitsfreudigkeit des Wartepersonals bei seinem schweren und verantwortungsvollen Dienste beitragen."

Neu-Ruppin (108): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 1687 (882 M. 805 Fr.). Zugang 384 (220 M. 164 Fr.), davon neu aufgenommen 326 (186 M. 140 Fr.). Abgang 462 (297 M. 165 Fr.). Bleibt Bestand 1609 (805 M. 804 Fr.). Davon 23 (11 M. 12 Fr.) in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 203 (81 M. 122 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (9 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 87 (68 M. 19 Fr.) an Paralyse, 42 (35 M. 7 Fr.) an Imbezillität u. Idiotie, 7 (1 M. 6 Fr.) an Hys erie, 26 (23 M. 3 Fr.) an chronischem Alkoholismus, 3 (2 M. 1 Fr.) an anderen Krankheiten. Zur Beobachtung des Geisteszustandes kam 1 M. Geheilt u. gebessert 175 (107 M. 68 Fr.), ungeheilt und in Familienpflege gegeben 111 (89 M. 22 Fr.), gestorben 176 (101 M. 75 Fr.). 9 Entweichungen. Tuberkulose war 16 mal, Krebs 8 mal Todesursache. 330 M. und 270 Fr. waren dauernd bettlägerig. 80% M. und 50% Fr. der nicht dauernd bettlägerigen Kranken sind beschäftigt. Typhus-Epidemie, 16 Erkrankungen, 1 Todesfall; Infektionsquelle eine auf dem Felde hinter dem Gutshofe belegene Jauchegrube, in der alle möglichen Abfälle mit der durch Tonnenabfuhr gewonnenen Klosettjauche zur Kompostbereitung gemischt wurden. Auf den Stationen für Tuberkulöse 78 (38 M. 40 Fr.).

Seit Eröffnung der Anstalt vor 10 Jahren haben 4741 Aufnahmen stattgefunden, denen stehen 3041 Abgänge gegenüber, davon 1326 Todesfälle. Die Anstalt war in den ersten 6 Jahren ihres Bestehens die Zentrale für sieche alte, verblödete Kranke; erst ganz allmählich sind die Verhältniszahlen der einzelnen Krankenkategorien ähnlich wie in den übrigen Anstalten der Provinz geworden. 1902—1906 starben 22% Tuberkulöse und 37% Paralytiker. 23% sind geheilt und gebessert entlassen. Durchschnittlich 16 Entweichungen jährlich. Für geisteskranke Verbrecher ist die Hälfte eines Krankenhauses entsprechend umgebaut und bietet Raum für 36 Kr. Das Ärztekollegium besteht jetzt außer dem Direktor aus 4 Oberärzten, 2 Anstaltsärzten, 5 Ass.-Ärzten; im ganzen wurden von 1897—1907 36 Ärzte angestellt, davon 10 noch im Dienst der Anstalt. Ständige Nachtwachen nach dem schottischen System. 16 Nachtwachen auf der Männer-, 13 auf der Frauenseite. Wo irgend angängig, schläft das Pflegepersonal in besonderen Schlafräumen; von 140 Wärtern schlafen 100, von 102 Wärterinnen 42 in besonderen Schlafzimmern. Der Beschäftigung wurde ihres hohen therapeutischen und erzieherischen Wertes wegen dauernd besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Abschätzung der Arbeitsfähigkeit der einzelnen, seine Zuweisung zu passender Arbeit, Bestimmung der Arbeitsdauer und Ruhepausen und der bei anstrengenden Arbeiten notwendigen Kostzulagen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unterstehen beständiger Fürsorge des Arztes. Bei der Behandlung unruhiger Kranker wird Bettbehandlung und Dauerbädern der Vorzug gegeben. Beruhigende Mittel werden nur ausnahmsweise gereicht. Ganz zu vermeiden ist die Behandlung im Einzelzimmer nicht.

Teupitz (136): Bei der Auswahl des Ortes für die neue brandenburgische Landesirrenanstalt hat sich die Provinz mit Rücksicht auf die aus den Vororten Berlins stammenden Kranken unter zahlreichen Angeboten für dasjenige der Stadtgemeinde Teupitz im Kreise Teltow entschieden. Hier war auch die Erwerbung von Grund und Boden unter günstigen Bedingungen möglich. Der gesamte Anstaltsgrundbesitz von rund 143 ha kostete der Provinz 93 665 M. Die Anstalt ist im Pavillonsystem gebaut und besteht aus der Hauptanstalt für 1050 Kr. III. und IV. Klasse und aus der Pensionäranstalt für 150 Kr. I. und II. Klasse. Haupt- und Pensionäranstalt sind durch eine kleine Kiefernschonung getrennt, unterstehen aber derselben ärztlichen und administrativen Leitung. Mit Ausnahme der offenen Landhäuser für je 40 Kr. sind alle Krankenhäuser doppelgeschossig und enthalten im Erd- und Obergeschoß je 1 Krankenstation; nur die für 140 Kr. bestimmten Siechenhäuser haben in jedem Geschoß 2 Stationen. Das für Männer und Frauen gemeinsame Lazarett bietet Raum für 40 M. und 40 Fr. und enthält in der Mitte den Operationssaal mit seinen Nebenräumen. Über Lage und innere Anordnung der einzelnen Krankenhäuser geben zahlreiche Abbildungen und Grundrisse Aufschluß. Das Verwahrungshaus für Kriminelle (50 Betten) ist durch starke eingemauerte Gitter gesichert, sein Garten mit einer 4 m hohen Mauer umgeben. Die Häuser für Halbruhige (60 Betten) und das Überwachungshaus für 50 unruhige, zerstörungssüchtige Frauen haben leichte, an die Fensterrahmen angeschraubte Gitter. In den Räumen für Dauerbäder befindet sich ein Mischbecken, in welchem das Wasser zum Nachgießen in die Badewannen gemischt wird; so kann der Wasserhahn der Badewannen während des Bades stets verschlossen bleiben. In jedem Badezimmer und in allen Wachsälen befinden sich Spülklosetts. Die Zentralanlagen, das mit dem Festsaalbau verbundene Küchengebäude, das Maschinenhaus mit den Werkstätten zeigen modernste Einrichtungen. Im Maschinenhaus zentrale Warmwasserbereitung. Die Heizung ist eine Zentralgruppenheizung. Das Lazarett hat eigene Warmwasserheizung, die Landhäuser haben Kachelofenheizung. Die Beleuchtung erfolgt überall durch elektrisches Licht. Wasserversorgung aus Grundwasserbrunnen von zirka 80 m Tiefe. Kanalisation; sämtliche Abwässer gelangen in ein Senkbassin und werden von hier auf die 3860 qm großen Rieselfelder geleitet. Eigene Bäckerei und Schlachterei, letztere befindet sich auf dem Landwirtschaftshof. Hier Platz für 9 Pferde, 80 Kühe, 20—30 Schafe und 8—10 Haupt Schlachttiere, 120 Schweine. Die innere Einrichtung wurde zum allergrößten Teil in den Werkstätten der brandenburgischen Provinzialanstalten angefertigt. Wärterdorf mit 52 Wohnungen. Jahresmiete für Wohnung mit Stall und Garten 120 M. Der Direktor kann die verheirateten Wärter außer Verpflegung setzen und ihnen erlauben, ihre Mahlzeiten zu Hause einzunehmen; sie bekommen dazu ½—¾ Std. frei und den Wert der freien Station III. Kl. im Betrage von 360 M. herausgezahlt. Auf den Abteilungen besondere Schlafräume für das für die Nacht entbehrliche Personal. Die



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bewilligte Bausumme von 6 769 000 M. wird voraussichtlich nicht überschritten. Abgesehen von Landerwerb (93 665 M.) und Bauzinsen (100 000) M. stellen sich die Kosten für 1 Bett der Hauptanstalt auf rund 5600 M. und für 1 Bett der Pensionäranstalt auf rund 6625 M.; hierbei sind die Ausgaben für die Wohnungen von insgesamt 76 verheirateten Beamten mitgerechnet. Wegen Überfüllung der übrigen Landesanstalten wurde mit der Belegung schon während des Baues begonnen. Am 1. Dezember 1907 kamen 50 ruhige Männer, weitere Transporte folgten von Juli bis November 1908. Am 1. Januar 1909 ist mit den Neuaufnahmen begonnen. Die Pensionäranstalt wird am 1. Mai 1909 eröffnet.

Wittstock (148): Umfassende Neubauten und bauliche Veränderungen (906 000 M.) haben die Einrichtungen der alten Landarmen- und Siechenanstalt verbessert und lassen den Charakter als Irrenpflegeanstalt mehr und mehr hervortreten. Bestand am Beginn des Berichtsjahres 341 (216 M. 125 Fr.), Zugang 42 (21 M. 21 Fr.), Abgang 41 (18 M. 23 Fr.). Gestorben 32 (16 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 342 (219 M. 123 Fr.), davon 10 Fr. in Familienpflege. Daneben befanden sich noch 162 (76 M. 86 Fr.) Hospitaliten in der Anstalt. Eine völlige Trennung beider Krankenkategorien konnte wegen Platzmangels noch nicht durchgeführt werden.

Dalldorf (71): Bestand am 1. April 1907 (Filialen und Familienpflege eingeschlossen): 3215 (1824 M. 1391 Fr.). Zugang 1588 (1155 M. 433 Fr.), davon mit seniler Geistesstörung 93 (51 M. 42 Fr.) = 5,86% (4,42% M. 9,70% Fr.); mit Paralyse 169 (145 M. 24 Fr.) = 10,64% (12,55% M. 5,55% Fr.); mit einfach chronischer Geistesstörung 527 (247 M. 280 Fr.) = 33,19% (21,39% M. 64,65% Fr.); mit Idiotie und Imbezillität 211 (150 M. 61 Fr.) = 13,29% (13% M. 14,08% Fr.); mit Epilepsie mit Geistesstörung 68 (59 M. 9 Fr.) = 4,28% (5,10% M. 2,09% Fr.); mit chronischem und akutem Alkoholismus 520 (503 M. 17 Fr.) = 32,74% (43,54% M. 3,93% Fr.). Von den Neuaufgenommenen werden 594 (573 M. 21 Fr.) als Trinker bezeichnet. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 289 gegen 473 im Vorjahr, und zwar 271 M. u. 18 Fr.; von den Alkoholisten allein waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 141 (139 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung wurden 10 Kr. überwiesen. Abgang 1353 (991 M. 362 Fr.); geheilt oder gebessert 697 (565 M. 132 Fr.), ungeheilt 338 (220 M. 118 Fr.), gestorben 318 (206 M. 112 Fr.). 1 Suizid. Tuberkulose war 26 mal, Krebs 3 mal Todesursache. Bleibt Bestand 3450 (1988 M. 1462 Fr.), davon in der Hauptanstalt Dalldorf 1413 (861 M. 552 Fr.), in den Filialen 1643 (887 M. 747 Fr.), in Familienpflege 403 (240 M. 163 Fr.). 14,3% des durchschnittlichen täglichen Bestandes mußten wegen Schwäche oder körperlicher Leiden in besonderer Diätform beköstigt werden. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,039 M. Gesamtausgabe 2 740 977 M. 80 Pf.

Herzberge (89): Bestand am 1. April 1907: 1226 (744 M. 482 Fr.). Zugang 2802 (2315 M. 487 Fr.), davon mit einfacher Seelenstörung 2267 (1882 M. 385 Fr.) = 80,90% (81,30% M. 79,05% Fr.); mit Paralyse 136 (93 M. 43 Fr.) = 4,85% (4,02% M. 8,83% Fr.); mit Seelenstörung und Epilepsie 215 (182 M. 33 Fr.) = 7,70% (7,86% M. 6,78 Fr.); mit Idiotie und Imbezillität 159 (133 M. 26 Fr.) = 5,67% (5,74% M. 5,34% Fr.); zur Beobachtung 25 M. = 1,08% M. 1426 (1420 M. 6 Fr.) waren chronische Alkoholisten. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

982 (947 M. 35 Fr.). Abgang 2830 (2342 M. 488 Fr.). Geheilt und gebessert 1861 (1660 M. 201 Fr.); ungeheilt 642 (504 M. 138 Fr.); gestorben 303 (154 M. 149 Fr.) = 10,71%. Tuberkulose war 11 mal Todesursache, Krebs 2 mal. Bleibt Bestand 1198 (717 M. 481 Fr.). Daneben in Familienpflege 174 (106 M. 68 Fr.), in Privatanstalten 296 (154 M. 142 Fr.). Die Überfüllung mit besonders zu verwahrenden Kranken besteht fort, das abgeschlossene Haus der Frauenabteilung wird noch für Männer verwandt. Entwichen sind 103 M. meist aus offenen Abteilungen. Dauernd bettlägerig ihres körperlichen Zustandes wegen waren durchschnittlich täglich 222 (135 M. 87 Fr.), ihres psychischen Zustandes wegen lagen außerdem zu Bett 213 (92 M. 121 Fr.) beschäftigt wurden durchschnittlich täglich 885 (700 M. 185 Fr.). Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,03 M. Gesamtausgabe 1 849 065 M. 25 Pf.

Buch (65): Bestand am 1. April 1907: 1286 (669 M. 617 Fr.). Zugang 968, (537 M. 431 Fr.), davon 81 (44 M. 37 Fr.) senile, 183 (130 M. 53 Fr.) paralytische 360 (127 M. 233 Fr.) einfach chronisch Geisteskranke, 137 (89 M. 48 Fr.) Idioten und Imbezille, 82 (40 M. 42 Fr.) Epileptische und Hysterische, 125 (107 M. 18 Fr.) Alkoholisten. Von den Gesamtaufnahmen sind 207 = 21,38% (177 M. 30 Fr.) als Trinker bezeichnet; mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 109 = 11,26% (103 M. 6 Fr.). Abgang 702 (439 M. 263 Fr.); geheilt und gebessert 467 (296 M. 171 Fr); gestorben 235 (143 M. 92 Fr.). 38 Entweichungen. Tuberkulose war 27 mal Todesursache und wurde außerdem 19 mal als Komplikation gefunden. Lungenentzündung war 35 mal Todesursache, Krebs 7 mal. 2 Selbstmorde. 13 Fälle von Erysipel, davon 5 mit letalem Ausgang. Bleibt Bestand 1520 (756 M. 764 Fr.). Außerdem in Familienpflege 38 (14 M. 24 Fr.), in Filialen 94 (70 M. 24 Fr.). Das zweite Etatsjahr brachte Buch schon die volle Belegung. Das „Verwahrungshaus" mit 46 Betten war bald belegt; hierfür sind ein Oberpfleger und 18 Pfleger vorgesehen. „Einzelbehandlung" ist bei den Kriminellen beliebt und wird gelobt. $^3/_4$ der Patienten wird beschäftigt. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,089 M. Gesamtausgabe 1 644 767 M. — Der Vorentwurf für die 4. Irrenanstalt in Buch mit 1560 Plätzen ist genehmigt. Dabei sind 150 Plätze in besonders festen Verwahrungshäusern angenommen. Die Baukosten sind insgesamt auf 12 520 000 M. veranschlagt.

Wuhlgarten (150): Bestand am 1. April 1907: 1411 (878 M. 533 Fr.). Zugang 819 (661 M. 158 Fr.); 654 (530 M. 124 Fr.) mit Epilepsie, 21 (18 M. 3 Fr.) mit chronischem Alkoholismus, 44 (23 M. 21 Fr.) mit Hysterie, 33 (30 M. 3 Fr.) mit Hysteroepilepsie, 65 (59 M. 6 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie und anderen Geistesstörungen. Unter 546 an Epilepsie und Hysteroepilepsie leidenden Männern waren 129, unter 108 Frauen 4 Trinker resp. Trinkerinnen. Von den neu Aufgenommenen sind $63^3/_5$% M. u. $^7/_{10}$% Fr. bestraft. Abgang 806 (638 M. 168 Fr.), davon gestorben 82 (51 M. 31 Fr.). Bleibt Bestand 1424 (901 M. 523 Fr.) und zwar 1153 in der Abteilung für Erwachsene, 76 im Kinderhause, 186 in Privatanstalten, 9 in Privatpflege. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,8788 M. Gesamtausgabe 1 596 548 M.

Haus Schönow (87): Bestand am 1. Januar 1907: 74 (41 M. 33 Fr.): Zugang 754 (448 M. 306 Fr.) Abgang 725 (429 M. 296 Fr.). Geheilt und gebessert 527 (307 M. 220 Fr.), ungebessert 198 (122 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 103 (60 M. 43 Fr.). Durchschnittliche Verpflegungsdauer des einzelnen Kranken 50 Tage. 78,2% M.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und 80,7% Fr. wurden geheilt oder gebessert, ungebessert blieben 22,0% M. u. 19,3% Fr. Zur Behandlung kamen 75,4% Neurosen, 14,6% Psychosen, 7.5% organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,4% innere Krankheiten. 1,1% peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten. Die Poliklinik wurde wie bisher wöchentlich zweimal abgehalten und von 67 Kr. besucht. Ein Luftbad für Frauen wurde neu eingerichtet. Die Betriebskosten betrugen 1900: 93 780 M., sie sind im Jahre 1907 auf 179 335 M. gestiegen.

Waldfrieden (141): Wertvolle Ausführungen über Wesen und Zweck der Anstaltsbehandlung bei Alkoholkranken leiten den Bericht ein. — „Der Trunksüchtige ist als Kranker anzusehen, als unfreier Mensch zu behandeln und unverzüglich einer Anstaltsbehandlung zuzuführen." — Hypnose erzielte in manchen Fällen spezifische Heilwirkung. Die Entlassenen müssen sich einem Enthaltsamkeitsverein anschließen, wenn sie nicht schon in der Anstalt Mitglieder eines solchen Vereins geworden sind. Kurze Mitteilungen aus den Krankengeschichten besonderer Fälle beschließen den interessanten Bericht. Bestand am 1. Januar 1906: 146 Kr. Zugang 205. Abgang 197. Bestand am 1. Januar 1907: 154 Kr. Zugang 273. Abgang 262. Bleibt Bestand 165 Kr. Die Aufnahmen verteilen sich auf alle Stände. Alter 17—72 Jahre. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1906 = 130, 1907 = 180 Tage. Verpflegung in geschlossenen und offenen Abteilungen. Geheilt und gebessert 1906 = 60%, 1907 = 75%.

Dziekanka (74): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 681 (367 M. 314 Fr.). Zugang 184 (97 M. 87 Fr.), darunter 13 (10 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus 46 (18 M. 28 Fr.) mit Dementia praecox, 22 (19 M. 3 Fr.) mit Paralyse. Voraussichtlich heilbar waren 61 (31 M. 30 Fr.), voraussichtlich unheilbar 119 (64 M. 55 Fr.), nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 37 (12 M. 25 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 12 (7 M. 5 Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 16 (5 M. 11 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 21 (13 M. 8 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 87 (56 M. 31 Fr.) bis zu 2 Jahren u. darüber. Erbliche Belastung bei 36% (40% M. 30% Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 39 (30 M. 9 Fr.). Zur Beobachtung kamen 7 (4 M. 3 Fr.). Abgang 182 (108 M. 74 Fr.). Geheilt und gebessert 63 (35 M. 28 F.), ungeheilt 58 (29 M. 29 Fr.), nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 57 (42 M. 15 Fr.), und zwar an Tuberkulose 8 (5 M. 3 Fr.). Bleibt Bestand 683 (356 M. 327 Fr.). Durch Umbau von je 3 Zellen in den Häusern für unruhige Männer und Frauen zu je einem größeren Saal wurden Wachsäle für je 10 Kranke geschaffen. Gesamtausgabe 364 348 M., pro Kopf und Jahr 537,62 M.

Kosten (97): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 760 (406 M. 354 Fr.). Zugang 131 (69 M. 62 Fr.), davon 70 (33 M. 37 Fr.) mit einfacher Seelenstörung. 2 M. mit Paralyse, 26 (19 M. 7 Fr.) mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 33 (15 Mr. 18 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität. Krankheitsdauer bei 41 (20 M. 21 Fr.) weniger als 1 Jahr, bei 27 (14 M. 13 Fr.) weniger als 6 Monate. Heredität bei 47% der Aufnahmen. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 23 (19 M. 4. Fr.). Abgang 163 (87 M. 76 Fr.). Geheilt und gebessert 27 (14 M. 13 Fr.), ungeheilt 93 (51 M. 42 Fr.), davon 65 (32 M. 33 Fr.) nach Obrawalde, gestorben 43 (22 M. 21 Fr.) = 4.8% aller Verpflegten. Tuberkulose war in 21% der Todesfälle Todesursache. Paralyse



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war 3 mal, Krebs 1 mal, Epilepsie 10 mal Todesursache. Beschäftigt waren durchschnittlich 43% der Verpflegten. Gesamtausgabe 324 036 M.; pro Kopf und Jahr 445,06 M.

Obrawalde (114): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 569 (293 M. 276 Fr.). Zugang 255 (133 M. 122 Fr.), davon 90 (44 M. 46 Fr.) aus Dziekanka und Kosten. Von den frisch Aufgenommenen 165 (89 M. 76 Fr.) litten 136 (69 M. 67 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 8 (6 M. 2 Fr.) an Paralyse, 6 (5 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 6 (2 M. 4 Fr.) an epileptischer und hysterischer Seelenstörung, 4 (2 M. 2 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 5 M. waren nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 28 (18 M. 10 Fr.) bis 1 Monat, bei 15 (8 M. 7 Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 16 (2 M. 14 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 19 (9 M. 10 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 82 (47 M. 35 Fr.) bis zu 2 Jahren und darüber. Heredität bei 72 (42 M. 30 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt gekommen 39 (28 M. 11 Fr.). Zur Beobachtung kamen 5 M., sie waren nicht geisteskrank. Voraussichtlich heilbar waren von den Neuaufgenommenen 77 (35 M. 42 Fr.), voraussichtlich unheilbar 83 (49 M. 34 Fr.). Abgang 119 (63 M. 56 Fr.). Geheilt und gebessert 57 (25 M. 32 Fr.), ungeheilt 24 (19 M. 5 Fr.), gestorben 33 (14 M. 19 Fr.), nicht geisteskrank 5 M. Tuberkulose war bei 11 (5 M. 6 Fr.) Todesursache. In Familienpflege bei verheirateten Pflegern befanden sich am Jahresschluß 30 Kr. Beschäftigt sind rund 41% der Verpflegten. Gesamtausgabe 348 797 M. 93 Pf., pro Kopf und Jahr 532 M. 5 Pf.

Owinsk (116): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 678 (325 M. 353 Fr.). Zugang 166 (101 M. 65 Fr.), davon waren voraussichtlich heilbar 46 (18 M. 28 Fr.), voraussichtlich unheilbar 118 (81 M. 37 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. 15 (12 M. 3 Fr.) litten an Paralyse, 9 M. an chronischem Alkoholismus. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 44 (25 M. 19 Fr.) bis zu 1 Monat bei 14 (7 M. 7. Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 19 (11 M. 8 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 8 (5 M. 3 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 79 (51 M. 28 Fr.) bis zu 2 Jahren und darüber. Heredität bei 17,7% (15% M. 21,5% Fr.), bei 29 (15 M. 14 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 39 (36 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung kamen 5 (4 M. 1 Fr.). Abgang 158 (99 M. 59 Fr.). Geheilt und gebessert 85 (49 M. 36 Fr.), ungeheilt 31 (22 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 39 (25 M. 14 Fr.), und zwar an Tuberkulose 10 (5 M. 5 Fr.), an Carcinom 2 (1 M. 1 Fr.). Bleibt Bestand 683 (327 M. 359 Fr.). Beschäftigt wurden durchschnittlich 50%. Die sog. alte Anstalt besteht als Irrenanstalt jetzt 70 Jahre, der neuere Teil ist halb so lange im Betrieb. Zahl der Aufnahmen seit Bestehen der Anstalt 6397. Gesamtausgabe 379 369 M. 44 Pf., pro Kopf und Jahr 558 M. 30 Pf.

Breslau (62): Bestand am Jahresanfang 211 (112 M. 99 Fr.). Zugang 1033 (745 M. 288 Fr.), davon 258 (124 M. 134 Fr.) mit einfach erworbenen Psychosen, 77 (67 M. 10 Fr.) mit konstitutionellen, angeborenen Psychosen, 90 (51 M. 39 Fr.) mit epileptisch-hysterischen Formen, 416 (385 M. 31 Fr.) mit alkoholischen und anderen Intoxikat-Psychosen, 192 (118 M. 74 Fr.) mit paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten. Abgang 1052 (741 M. 311 Fr.); geheilt 278 (256 M. 22 Fr.), gebessert 303 (213 M. 90 Fr.), ungeheilt nach Hause 85 (55 M. 30 Fr.), in andere Anstalten 270 (137 M. 133 Fr.), gestorben 116 (80 M. 36 Fr.). Mit dem Neubau ist noch nicht begonnen. Lohn der Pfleger 40—90 M. monatlich,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Pflegerinnen 25—75 M. monatlich neben freier Station. Die Unfallstation wurde in 90 Fällen in Anspruch genommen.

Brieg (63): Bestand am 1. April 1907: 537 (258 M. 279 Fr.). Zugang 96 (60 M. 36 Fr.). 73 (41 M. 32 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8 (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Epilepsie und Seelenstörung, 6 (4 M. 2 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 3 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 48 (27 M. 21 Fr.) = 51.61% der Aufnahmen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 27 (25 M. 2 Fr.) = 28,12%. Zur Beobachtung 11 (10 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 15 (9 M. 6 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 28 (15 M. 13 Fr.) 1—6 Monate, bei 10 (4 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 6 (5 M. 1 Fr.) 1—2 Jahre, bei 25 (17 M. 8 Fr.) über 2 Jahre, bei 5 (3 M. 2 Fr.) von Jugend auf. Abgang 96 (55 M. 41 Fr.). Geheilt und gebessert 41 (18 M. 23 Fr.), ungeheilt 21 (15 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 31 (19 M. 12 Fr.). 2 bemerkenswerte Fälle von Spätheilungen. Mortalität = 5,15% aller Verpflegten. Die Sterblichkeit an Tuberkulose hat zugenommen; bei der Hälfte der verstorbenen Frauen war Tuberkulose Todesursache. In Familienpflege am Jahresschluß 41 (21 M. 20 Fr.). Durchschnittlich beschäftigt 50,32% M. und 50,99% Fr. Gesamthausgabe 271 927 M.; pro Kopf und Jahr 543 M. 75 Pf.

Bunzlau (66): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 585 (390 M. 195 Fr.). Zugang 69 (42 M. 27 Fr.), davon 8 (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse. Gemäß § 81 wurden 7 Kr. aufgenommen, davon waren 6 geisteskrank. 25% der männlichen Aufnahmen (nach Abzug der Beobachtungsfälle) waren schwer-verbrecherische Elemente! Abgang 122 (89 M. 33 Fr.); geheilt und gebessert 22 (12 M. 10 Fr.), gestorben 37 (22 M. 15 Fr.). Tuberkulose war 7 mal Todesursache. 5 Entweichungen. Bleibt Bestand 545 (351 M. 194 Fr.), davon 28 (23 M. 5 Fr.) in Familienpflege. Infolge weitestgehender Prophylaxe sind Ruhrerkrankungen in schlimmer Häufung nicht mehr aufgetreten, Typhuserkrankungen sind nicht mehr vorgekommen. Unter den weiblichen Zugängen befanden sich zwei Typhusbazillenträger. Zahlreiche und schwere Fälle von Influenza und Angina mit bösen Konmplikationen und Folgeerscheinungen. Zur Ermöglichung der Umbauten fanden Evakuierungen in andere Anstalten statt. Die Erweiterung der Anstalt ist zunächst auf 950 Kr. festgesetzt; später Vergrößerung eventuell auf 1050—1100 Kr. Gesamtausgabe 341 394 M. 37 Pf.

Freiburg (80): Bestand am 1. April 1907 720 (337 M. 383 Fr.). Zugang 94 (55 M. 39 Fr.), davon 54 (30 M. 24 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 4 (2 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 1 M. nicht geisteskrank, 35 (22 M. 13 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie und Epilepsie mit und ohne Seelenstörung. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 19 (17 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung kamen 6 M. Abgang 97 (56 M. 41 Fr.). Bliebt Bestand 700 (329 M. 371 Fr.). Geheilt und gebessert 43 (22 M. 21 Fr.); ungeheilt 23 (18 M. 5 Fr.); gestorben 31 (16 M. 15 Fr.). Tuberkulose war dreimal Todesursache. 1 Selbstmord. 4 leichte Ruhrerkrankungen neben den fast alljährlich wiederkehrenden Influenza- und Angina-Erkrankungen. Neubau eines Hauses für Infektiöse. Fertigstellung der Zentralwasserversorgungsanlage für die Frauenabteilung. Gesamtausgabe 362 689 M. 82 Pf.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leubus (102): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 442 (225 M. 217 Fr.). Zugang 410 (217 M. 193 Fr.), davon direkt aus anderen Anstalten 165 (105 M. 60 Fr.). An einfacher Seelenstörung litten 316 (161 M. 155 Fr.), an Paralyse 35 (23 M. 12 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 41 (23 M. 18 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 15 (9 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank waren 2 (1 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 21 (6 M. 15 Fr.) bis 1 Monat, bei 29 (13 M. 16 Fr.) 1—3 Monate, bei 30 (12 M. 18 Fr.) 3—6 Monate, bei 46 (24 M. 22 Fr.) 6—12 Monate, bei 281 (161 M. 120 Fr.) über 1 Jahr. Heredität 38,4% aller Aufgenommenen (84 M. 73 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 83 (72 M. 11 Fr.) = 20,3%. Zur Beobachtung kamen 9 (8 M. 1 Fr.). Die Zahl der aufgenommenen Paralysen ist gegen das Vorjahr zurückgegangen, sie beträgt 8,5% (10,6% M. 6,3% Fr. gegen 15,7% und 7,3% im Vorjahr). Abgang 154 (80 M. 74 Fr.). Genesen und gebessert 58 (28 M. 30 Fr.), ungeheilt 32 (25 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 61 (25 M. 36 Fr.) = 7,2% aller Verpflegten. Tuberkulose war 5mal Todesursache. 20 (10 M. 10 Fr.) der Verstorbenen haben an Paralyse gelitten. Bleibt Bestand 698 (362 M. 336 Fr.), hiervon in der alten Anstalt 164 (85 M. 79 Fr.), in der neuen Anstalt in Städtel-Leubus 534 (277 M. 257 Fr.). 11 (8 M. 3 Fr.) in Familienpflege. 16 Fälle von Ruhr, davon 2 mit letalem Ausgang, 58 Fälle von Influenza, 2 Fälle von Rose in der neuen Anstalt. 22 (19 M. 3 Fr.) Entweichungen. Gesamtausgabe 399 472 M. 57 Pf.

In der Pensionsanstalt waren zu Beginn des Berichtsjahres 59 (30 M. 29 Fr.). Zugang 22 (16 M. 6 Fr.), davon 8 (7 M. 1 Fr.) Erstaufnahmen. Heredität bei 36,4%. Alle nach Lues Erkrankten litten an Paralyse. Abgang 26 (15 M. 11 Fr.). Genesen und gebessert 11 (5 M. 6 Fr.), ungeheilt 9 (4 M. 5 Fr.), gestorben 6 M. = 7,4% aller Verpflegten.

Kreuzburg (98): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 657 (377 M. 280 Fr.). Zugang 87 (58 M. 29 Fr.), davon 51 (34 M. 17 Fr.) erste Aufnahmen. Es litten an einfacher Seelenstörung 65 (41 M. 24 Fr.), an epileptischer hysterischer Seelenstörung 5 (3 M. 2 Fr.), an Paralyse 6 M., an Imbezillität 6 (4 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 5 (4 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 7 (4 M. 3 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 17 (9 M. 8 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 11 (7 M. 4 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 12 (11 M. 1 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 35 (23 M. 12 Fr.) bis zu 2 Jahren und darüber. Alkoholismus war 8mal (7 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Heredität bei 33 (21 M. 12 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 29 (27 M. 2 Fr.), davon kamen 10 (9 M. 1 Fr.) zur Beobachtung. Abgang 95 (58 M. 37 Fr.). Geheilt und gebessert 32 (17 M. 15 Fr.). Gestorben 32 (22 M. 10 Fr.). Tuberkulose war 8mal, Krebs 3mal, Typhus 1 mal Todesursache. Die Typhuskeime waren höchstwahrscheinlich mit Eßwaren eingeschleppt. Beschäftigt wurden durchschnittlich 33% M. und 38% Fr. Gesamtausgabe 391 989 M. 45 Pf.

Die Kreuzburger Anstalt ist aus einem von Friedrich dem Großen erbauten, der Provinz Schlesien gestifteten Armenhause hervorgegangen. Durch Umbau und durch Neubauten wandelte die Provinzialverwaltung das Armenhaus zu einer Irrenanstalt um. Als solche besteht Kreuzburg seit 1876. Trotz aller Veränderungen und Verbesserungen „bleibt Kreuzburg, wie so viele der älteren Irrenanstalten,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein warnendes Beispiel dafür, daß durch Benutzung alter Gebäude, die früher anderen Zwecken gedient haben, nie eine modernen Anforderungen entsprechende Krankenanstalt für Gemütsleidende geschaffen werden kann".

Obernigk (113): Der Bericht umfaßt den Zeitraum von 1894—1907. Im November 1906 waren 25 Jahre seit Eröffnung der Anstalt verflossen. Seit 1894 wurden insgesamt aufgenommen 892 (494 M. 398 Fr.). Durchschnittlicher Krankenbestand 54. Von den Aufgenommenen litten 143 (138 M. 5 Fr.) an Paralyse, 46 (39 M. 7 Fr.) an chronischer Alkoholintoxikation, 590 (256 M. 334 Fr.) an einfacher Seelenstörung. Abgang insgesamt 747 (395 M. 352 Fr.). Geheilt und gebessert 460 (234 M. 226 Fr.). Gestorben 91 (71 M. 20 Fr.), davon 65 mit Paralyse. Neben statistischen Notizen bringt der Bericht kurze Krankengeschichten besonders bemerkenswerter Fälle, therapeutische Mitteilungen und kritische Bemerkungen zu juristischen Fragen, wozu die Behandlung einzelner Kranken Anlaß gegeben; er schließt mit einer Chronik der Anstalt.

Tost (137): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 605 (279 M. 326 Fr.). Zugang 68 (25 M. 43 Fr.), davon 51 (20 M. 31 Fr.) Erstaufnahmen. An einfacher Seelenstörung litten 57 (18 M. 39 Fr.), an Paralyse 4 (2 M. 2 Fr.), an hysterischer und epileptischer Seelenstörung 3 (2 M. 1 Fr.), an Imbezillität 1 Fr., nicht geisteskrank waren 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 6 Fr. bis zu 1 Monat, bei 11 (3 M. 8 Fr.) 1—3 Monate, bei 4 (2 M. 2 Fr.) 3—6 Monate, bei 6 Fr. 6—12 Monate, bei 38 (17 M. 21 Fr.) 1—2 Jahre und darüber. Heredität bei 34 (12 M. 22 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 16 (14 M. 2 Fr.), darunter 10 (9 M. 1 Fr.) auf Grund des § 81 aufgenommen. Trunksucht war 7 mal, Lues 1mal Krankheitsursache. Abgang 72 (27 M. 45 Fr.). Geheilt und gebessert 28 (12 M. 16 Fr.), ungeheilt 23 (9 M. 14 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 18 (3 M. 15 Fr.) = 2,67% aller Verpflegten. Tuberkulose war 4 mal, Krebs 1 mal Todesursache, Paralyse 2 mal. 7 Fälle von Rose. 1 Entbindung. Schlundsondenernährung bei 3 M. u. 2 Fr. Beschäftigt durchschnittlich 44% M. und 39% Fr. Gesamtausgabe 317 435 M. 43 Pf.

Alt-Scherbitz (55): Der Bericht umfaßt 4 Jahre, 1. IV. 1904 bis 31. III. 1908. Bestand zu Beginn der Berichtszeit 955 (510 M. 445 Fr.). Am 31. März 1906 betrug der Krankenbestand nach Abtrennung der Pflegeanstalt in der Hauptanstalt: 773 (400 M. 373 Fr.), in der Pflegeanstalt: 357 (186 M. 171 Fr.). Am Schluß der Berichtsjahre waren in der Hauptanstalt: 819 (407 M. 412 Fr.) und in der Pflegeanstalt: 347 (179 M. 168 Fr.). Aufgenommen wurden in den einzelnen Jahren in die Hauptanstalt: 298 (149 M. 149 Fr.), 354 (174 M. 180 Fr.), 290 (149 M. 141 Fr.), 346 (167 M. 179 Fr.); in die Pflegeanstalt 362 (190 M. 172 Fr.), 36 (23 M. 13 Fr.), 96 (61 M. 35 Fr.). Summe aller Aufnahmen in den 4 Berichtsjahren 1420 (723 M. 697 Fr.), davon 943 (375 M. 568 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 327 (241 M. 86 Fr.) mit Paralyse, 37 (29 M. 8 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 32 (24 M. 8 Fr.) mit Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 28 (12 M. 16 Fr.) mit Hysterie, 3 M. mit Neurasthenie, 2 Frauen mit Chorea, 29 (27 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus, 18 (12 M. 6 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsursachen: Heredität bei 475 (222 M. 253 Fr.), Pubertät bei 73 (22 M. 51 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 145 (131 M. 14 Fr.),


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lues bei 120 (97 M. 23 Fr.), Strafhaft bei 16 (15 M. 1 Fr.), Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Laktation bei 61 Fr., Klimakterium bei 46 Fr., Arteriosklerose bei 13 (7 M. 6 Fr.), Greisenalter bei 132 (33 M. 99 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 194 (165 M. 29 Fr.). Zur Beobachtung kamen 43 (37 M. 6 Fr.). Gesamtabgang 1566 (833 M. 733 Fr.), davon 242 (130 M. 112 Fr.) bei Abtrennung der Pflegeanstalt aus der Hauptanstalt dorthin abgegeben. Geheilt und gebessert 557 (269 M. 288 Fr.). Gestorben 533 (272 M. 261 Fr.), davon 156 (120 M. 36 Fr.) mit Paralyse. Es sind gestorben in den einzelnen Berichtsjahren in der Hauptanstalt 9,57%, 8,7%, 9,7%, 8,7% aller Verpflegten, in der Pflegeanstalt 14,25 und 10,05%. Influenza-, Erysipel- und Pseudodysenterie-Erkrankungen kamen in allen Berichtsjahren vor. 8 Typhusfälle unbekannter Ursache 1904/05; davon verliefen 3 letal. Anfang 1906 sind die beiden 1903 bezogenen Häuser für je 50 M. und das mit 80 Fr. belegte Frauenasyl mit zwei neugebauten Abteilungen für 90 M. und 90 Fr. zu einer von der Hauptanstalt in ärztlicher Beziehung getrennten Pflegeanstalt für unsoziale Kranke vereinigt; in allen Verwaltungssachen bleibt die Pflegeanstalt mit der Hauptanstalt vereinigt und so auch weiterhin der Oberleitung des Direktors unterstellt. 1908 hat der Provinziallandtag die Ärztegehälter neu geregelt: neben Familienwohnung und Garten erhalten die Oberärzte 4500—7000 M. mit dreijährigen Zulagen von je 500 M., die ordentlichen Ärzte 3600—6000 M. mit dreijährigen Zulagen von je 400 M., die Assistenzärzte neben freier Station 1800—2600 M. mit einjährigen Zulagen von je 200 M. Die Oberärzte und ordentlichen Ärzte sind auf Lebenszeit angestellt. Der mit der Stellvertretung des Direktors betraute Oberarzt erhält eine ruhegehaltsberechtigte Funktionszulage von 600 M., der Oberarzt der Pflegeanstalt eine solche von 900 M. Die Assistenzärzte werden nach dreijähriger Dienstzeit in der Provinzialverwaltung bei Bewährung als ordentliche Ärzte fest angestellt. Die Beköstigung in der 3. Klasse kostete in den einzelnen Jahren pro Kopf und Tag: 51 Pf., 51 Pf., 54 Pf., 60 Pf.

Neustadt (109) in Holstein: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 829 (440 M. 389 Fr.). Zugang 207 (133 M. 74 Fr.); davon 119 (70 M. 49 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 26 (23 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 10 (5 M. 5 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 18 (13 M. 5 Fr.) mit angeborenem Schwachsinn, 23 (14 M. 9 Fr.) mit Iditotie, 4 M. mit chron. Alkoholismus, 1 Fr. mit Morphinismus, 1 Fr. mit Hysterie, 5 (4 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. 18% der aufgenommenen Männer war vorbestraft; von diesen 24 M. mußten 18 in das feste Haus aufgenommen werden. Abgang 138 (74 M. 64 Fr.). Geheilt und gebessert 30 (18 M. 12 Fr.), ungeheilt 27 (11 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 77 (42 M. 35 Fr.). Tuberkulose war 7 mal, Krebs 1mal Todesursache. Von den Verstorbenen hatten 18 (14 M. 4 Fr.) an Paralyse gelitten. Bleibt Bestand 898 (499 M. 399 Fr.), hiervon 80 (23 M. 57 Fr.) in Familienpflege. Bei den Aufnahmen überwog die Zahl der pflegebedürftigen, erregten und unreinen Kranken; neue Wachabteilungen für Unreinliche mußten eingerichtet werden. Mangel an arbeitsfähigen Pfleglingen wird immer größer. Auf Grund 2jähriger Erfahrung wird die Einrichtung des festen Hauses gelobt, der Anschluß solcher Häuser an Irrenanstalten empfohlen. Ein ungünstiger Einfluß des Adnexes auf den Charakter der übrigen Anstalt und


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Geist des Pflegepersonals ist bisher nicht beobachtet. Gefährliches Attentat eines Insassen des festen Hauses auf einen Arzt! Nur der Vorsicht, Geistesgegenwart und Körperkraft eines Kollegen ist die Verhütung schweren Unglücks zu danken. Ein neues Krankenhaus für 70 landwirtschaftliche Arbeiter ist in Benutzung genommen. Großer Wassermangel; zeitweilig so wenig Wasser, daß die Klosetts nicht mehr spülten. Wasserbohrungen an mit der Wünschelrute bezeichneten Stellen noch nicht beendigt! Die tägliche Verpflegungsportion kostete 0,5446 M. (fürs Wartepersonal 0,74 M., für Kranke 0,4989 M.). Gesamtausgabe 489 418 M. 3 Pf.

Schleswig (128): Bestand am 1. April 1907: 989 (542 M. 447 Fr.). Zugang 413 (207 M. 206 Fr.), und zwar 332 (156 M. 176 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 27 (23 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 24 (13 M. 11 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 24 (12 M. 12 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 6 (3 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 107 (54 M. 53 Fr.) 1—6 Monate, 47 (26 M. 21 Fr.) 6—12 Monate, 57 (30 M. 27 Fr.) 1—2 Jahre, 196 (94 M. 102 Fr.) über 2 Jahre. Lues war 6 mal, Alkoholismus 18 mal, Senium 11 mal, Wochenbett und Schwangerschaft 11 mal, Untersuchungshaft 4 mal Krankheitsursache. Heredität bei 161 (86 M. 75 Fr.). Abgang 371 (204 M. 167 Fr.). Geheilt und gebessert 145 (72 M. 73 Fr.), ungeheilt 129 (81 M. 48 Fr.), nicht geisteskrank zur Beobachtung aufgenommen 6 (4 M. 2 Fr.), gestorben 91 (47 M. 44 Fr.). 1 Selbstmord durch Lysolvergiftung, 1 durch Erhängen. Lungentuberkulose war 10 mal Todesursache. Neubau eines Ärztewohnhauses, eines Dreifamilienhauses für Wärter, einer Lazarettstation für Frauen (60 Krankenbetten), einer Leichenhalle mit Obduktionsraum, eines Werkstättengebäudes. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 66,14 Pf. Gesamtausgabe 718 056 M. 99 Pf.

Göttingen (86): Bestand am 1. April 1907: 490 (302 M. 188 Fr.). Zugang 258 (149 M. 109 Fr.); 160 (76 M. 84 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 28 (20 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 13 (7 M. 6 Fr.) mit Epilepsie, 6 M. mit Idiotie, 23 (16 M. 7 Fr.) mit Imbezillität, 8 (7 M. 1 Fr.) mit Delirium potatorum, 20 (17 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 100 (59 M. 41 Fr.), Lues bei 22 (14 M. 8 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 20 (17 M. 3 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 37 (19 M. 18 Fr.) 1—6 Wochen, bei 29 (15 M. 14 Fr.) bis 3 Monate, bei 31 (17 M. 14 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 28 (15 M. 13 Fr.) 1—2 Jahre, bei 57 (27 M. 30 Fr.) 2—5 Jahre und darüber; angeboren bei 27 (21 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung 40 (35 M. 5 Fr.). Abgang 289 (181 M. 108 Fr.). Geheilt und gebessert 122 (78 M. 44 Fr.), ungeheilt 91 (46 M. 45 Fr.), nicht geisteskrank 20 (17 M. 3 Fr.), gestorben 56 (40 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 459 (270 M. 189 Fr.). In Familienpflege 55 (44 M. 11 Fr.). 2 Selbstmorde bei schon länger in der Anstalt befindlichen Kranken, die keine akuten Zeichen einer Geistesstörung mehr boten und in sehr freien Verhältnissen lebten. Nach Vollendung des Neubaus des Wirtschaftsgebäudes sind die Geschäftsräume aus dem Hauptgebäude in die in den ehemaligen Festsaal eingebauten Bureaus übergesiedelt. Die so im Hauptgebäude frei gewordenen Räume haben eine Vergrößerung der ärztlichen Arbeitszimmer ermöglicht; auch das neugeschaffene Laboratorium für Stoffwechseluntersuchungen ist hier untergebracht. Wechsel



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter dem Wartepersonal immer noch sehr lebhaft. Es wird ein außerhalb der Abteilung gelegenes, aus mehreren Räumen bestehendes Wärterinnenheim gefordert.

Hildesheim (91): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 692 (399 M. 293 Fr.). Zugang 248 (122 M. 126 Fr.); 170 (67 M. 103 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 33 (22 M. 11 Fr.) mit Paralyse, 11 (9 M. 2 Fr.) mit Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung, 15 (5 M. 10 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, zur Beobachtung 19 M. Heredität bei 39 (20 M. 19 Fr.). Alkoholmißbrauch war 19 mal (16 M. 3 Fr.), Lues 13 mal (12 M. 1 Fr.), Senium 23 mal (4 M. 19 Fr.), Haftstrafe 10 mal (9 M. 1 Fr.), Klimakterium und Wochenbett 6 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 73 (22 M. 51 Fr.) unter 3 Monaten, bei 19 (8 M. 11 Fr.) 3—6 Monate, bei 18 (6 M. 12 Fr.) 6—12 Monate, bei 46 (32 M. 14 Fr.) 1—2 Jahre, bei 47 (22 M. 25 Fr.) über 2 Jahre; bei 18 (8 M. 10 Fr.) angeboren. Abgang 237 (125 M. 112 Fr.). Geheilt und gebessert 60 (27 M. 33 Fr.); ungeheilt 99 (50 M. 49 Fr.); nicht geisteskrank 10 M.; gestorben 68 (38 M. 30 Fr.), davon waren 26 (22 M. 4 Fr.) paralytisch. Tuberkulose war 4 mal Todesursache, Krebs 2 mal. 1 Typhusfall, Infektionsquelle unbekannt geblieben. Ausgedehnte Influenzaepidemie.

Langenhagen (100): In der Beobachtungsstation für Geisteskranke wurden vom 1. IV. 07 bis 31. III. 08 aufgenommen 435 (265 M. 170 Fr.), davon 226 (112 M. 114 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 56 (30 M. 26 Fr.) mit Paralyse, 28 (22 M. 6 Fr.) mit Epilepsie, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Idiotie, 16 (7 M. 9 Fr.) mit Imbezillität, 89 (82 M. 7 Fr.) mit Alkoholdelirium, 3 (1 M. 2 Fr.) mit Morphinismus. Heredität bei 78 (40 M. 38 Fr.). Lues war bei 25 (14 M. 11 Fr.) Krankheitsursache, Alkoholismus bei 110 (98 M. 12 Fr.), Geburt bei 7 Fr., Trauma bei 16 (13 M. 3 Fr.), Infektion bei 15 (10 M. 5 Fr.), Haft bei 12 (10 M. 2 Fr.). Die durchschnittliche Verpflegungsdauer betrug bei Männern 19,8 Tage, bei Frauen 26,9 Tage. Geheilt und gebessert 169 Kr. In andere Anstalten wurden übergeführt 159 (72 M. 87 Fr.). Gestorben 24 (16 M. 8 Fr.), davon 4 (3 M. 1 Fr.) an Paralyse.

Lüneburg (104): Bestand am 1. April 1907: 685 (362 M. 323 Fr.). Zugang 367 (198 M. 169 Fr.); 229 (118 M. 111 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 44 (31 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 23 (15 M. 8 Fr.) mit Epilepsie mit Seelenstörung, 24 (12 M. 12 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 5 M. mit Alkoholismus, 14 Fr. mit Hysterie, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Morphinismus, 1 Fr. mit Chorea, 5 (1 M. 4 Fr.) mit anderen Krankheiten des Nervensystems, 2 M. nicht geisteskrank. Zur Beobachtung 23 (15 M. 8 Fr.). Heredität bei 84 (35 M. 49 Fr.). Alkoholmißbrauch war 32 mal (26 M. 6 Fr.), Lues 15 mal (12 M. 3 Fr.), Trauma 6 mal (4 M. 2 Fr.), Wochenbett 13 mal, Klimakterium 4 mal, Greisenalter 18 mal (10 M. 8 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 97 (43 M. 54 Fr.) unter 3 Monaten, bei 30 (17 M. 13 Fr.) 3—6 Monate, bei 21 (8 M. 13 Fr.) 6—12 Monate, bei 45 (28 M. 17 Fr.) 1—2 Jahre, bei 104 (59 M. 45 Fr.) über 2 Jahre, bei bei 26 (13 M. 13 Fr.) angeboren, bei 34 (23 M. 11 Fr.) unbekannt. Abgang 256 (142 M. 114 Fr.); geheilt und gebessert 81 (48 M. 33 Fr.), ungeheilt 59 (36 M. 23 Fr.), nicht geisteskrank 11 (7 M. 4 Fr.), gestorben 105 (51 M. 54 Fr.), davon 24 (15 M. 9 Fr.) mit Paralyse. Bleibt Bestand:



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

795 (418 M. 377 Fr). Tuberkulose war 11 mal, Krebs 2 mal, Rose 3 mal, Influenza 2 mal, Suizid 1 mal Todesursache. 4 neuerbaute Krankenhäuser wurden in Benutzung genommen und waren bald belegt. Die Notwendigkeit weiterer Neubauten, eventuell einer neuen Anstalt, wird betont. Gesamtausgabe 1 101 043,72 M.

Osnabrück (115): Bestand am 1. April 1907: 409 (188 M. 221 Fr.). Zugang 193 (105 M. 88 Fr.); 143 (64 M. 79 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 (12 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 7 M. mit epileptischer, 3 (1 M. 2 Fr.) mit hysterischer Seelenstörung, 19 (15 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 7 (6 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Zur Beobachtung 9 (7 M. 2 Fr.), davon 4 M. gemäß § 81. Heredität bei 87 (44 M. 43 Fr.). Alkoholismus war 13 mal (8 M. 5 Fr.), Lues bei 4 (3 M. 1 Fr.), Trauma 4 mal (3 M. 1 Fr.), Wochenbett und Laktation 9 mal, Klimaklerium 1 mal, Senium 15 mal (2 M. 13 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 48 (24 M. 24 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 25 (13 M. 12 Fr.) 3—6 Monate, bei 17 (10 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 19 (11 M. 8 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 58 (26 M. 32 Fr.) über 2 Jahre, bei 19 (15 M. 4 Fr.) angeboren. Abgang 195 (110 M. 85 Fr.); g heilt und gebessert 72 (40 M. 32 Fr.) ungeheilt 78 (47 M. 31 Fr.), davon 60 in andere Anstalten, nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.), gestorben 39 (18 M. 21 Fr.) = 6,48% aller Verpflegten. Tuberkulose war 2 mal, Lungenentzündung 12 mal, Paralyse 3 mal, Krebs 1 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Ausgedehnte Influenzaepidemie auf der Frauenabteilung; 3 Todesfälle. Ein Dachstuhlbrand des alten Gertrudenklosters, einer Frauenpflegeabteilung, wurde durch schnelles und zielbewußtes Eingreifen der Anstaltsfeuerwehr rasch gelöscht; die Kranken mußten vorübergehend in anderen Abteilungen ungebracht werden. Auf beiden Wachabteilungen der Männerseite Einführung der „schottischen Nachtwache". Verheiratete Wärter wachen 14 Tage lang, gehen tagsüber zu ihren Familien und werden für die fortfallende Verpflegung entschädigt.

In den Provinzial-Heilanstalten Westfalens (145) ist der Krankenbestand im Rechnungsjahr 1906 von 3485 auf 3804 gestiegen; Zunahme = 319. Von 1474 eingegangenen Aufnahmeanträgen wurden 187 abgelehnt. Die Durchschnittskosten für einen Kranken betrugen in Marsberg 613 M. 49 Pf., in Lengerich 595 M. 71 Pf., in Münster 575 M. 1 Pf., in Aplerbeck 648 M. 47 Pf., in Warstein 556 M. 84 Pf., in Eickelborn 410 M. 85 M. Die erhebliche Überlegung der alten Anstalten ist nach Eröffnung der Warsteiner Anstalt beseitigt.

Marsberg: Bestand am Beginn des Berichtsjahres 566 Kr. Zugang 146 (83 M. 73 Fr.); 126 (70 M. 56 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 3 M. mit Paralyse, 5 (3 M. 2 Fr.) mit Epilepsie mit Seelenstörung, 5 (3 M. 2 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 3 (2 M. 1 Fr.) mit Delirium pot. Zur Beobachtung 4 (2 M. 2 Fr.). Heredität bei 22 (12 M. 10 Fr.). Trunksucht war 11 mal (10 M. 1 Fr.), Alter 5 mal (2 M. 3 Fr.), Lues 2 mal, Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation 12 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 22 (15 M. 7 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 18 (6 M. 12 Fr.) 2—3 Monate, bei 13 (6 M. 7 Fr.) 4—6 Monate, bei 13 (8 M. 5 Fr.) 7—12 Monate, bei 14 (6 M. 8 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 62 (40 M. 22 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 152 (72 M. 80 Fr.); geheilt und gebessert 58 (25 M. 33 Fr.), ungeheilt 51 (23 M. 28 Fr.), gestorben 41 (23 M. 18 Fr.) = 5.76% aller Verpflegten.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberkulose war 3 mal, Paralyse 7 mal, Krebs 2 mal Todesursache. — Bleibt Bestand 560 Kr.

Lengerich: Bestand am Beginn des Berichtsjahres 685 Kr., davon 31 in Familienpflege. Zugang 134 (73 M. 61 Fr.); 109 (51 M. 58 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 5 M. mit Paralyse, 5 M. mit Seelenstörung mit Epilepsie, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 M. mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.), Heredität bei 61 (34 M. 27 Fr.). Lues war 1 mal, Alkoholismus 3 mal, Senium 5 mal (1 M. 4 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation 7 mal, Haft 9 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 19 (8 M. 11 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 20 (9 M. 11 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 20 (11 M. 9 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 11 (8 M. 3 Fr.) bis zu 1, bei 9 (4 M. 5 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 48 (27 M. 21 Fr.) über 2 Jahre. 71 der Aufnahmen waren von vornherein unheilbar! Abgang 185 (101 M. 84 Fr.). Geheilt und gebessert 55 (34 M. 21 Fr.); ungeheilt 91 (45 M. 46 Fr.), davon 69 nach Warstein. Gestorben 33 (16 M. 17 Fr.) = 4,03% aller Verpflegten. Paralyse war 7 mal, Tuberkulose 2 mal, Krebs 2 mal, Rose 1 mal Todesursache. — 7 Fälle von Rose, 1 Typhusfall. — Bleibt Bestand 634 Kr.

Münster: Bestand am Beginn des Jahres: 653 Kr. Zugang 145 (88 M. 57 Fr.). 112 (58 M. 54 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 3 M. mit Seelenstörung mit Epilepsie, 9 (8 M. 1 Fr.) mit Imbezillität. Zur Beobachtung 14 M., davon 5 nicht geisteskrank. Heredität bei 49 (27 M. 22 Fr.). Lues war 1 mal, Trunksucht 7 mal (6 M. 1 Fr.), Trauma 6 mal, Senium 6 mal (3 M. 3 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation 5 mal, Klimakterium 2 mal, Haft 6 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bei 1 Fr. bis zu 1 Monat, bei 28 (14 M. 14 Fr.) 2—3 Monate, bei 11 (5 M. 6 Fr.) bis zu 6, bei 11 (8 M. 3 Fr.) bis zu 12 Monaten, bei 9 (4 M. 5 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 67 (41 M. 26 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 137 (76 M. 61 Fr.). Geheilt und bebessert 66 (31 M. 35 Fr.), ungeheilt 14 (13 M. 1 Fr.), gestorben 42 (17 M. 25 Fr.) = 5,26% aller Verpflegten. Paralyse war 9 mal (5 M. 4 Fr.), Tuberkulose 8 mal (1 M. 7 Fr.), Krebs 2 mal Todesursache. — Bleibt Bestand 661 Kr.

Aplerbeck: Bestand am Beginn des Jahres: 661 Kr. Zugang 148 (85 M. 63 Fr.). 87 (45 M. 42 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 11 (7 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 6 (2 M. 4 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 13 (8 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 29 (22 M. 7 Fr.), davon 25 (19 M. 6 Fr.) gemäß § 81; hiervon 9 (7 M. 2 Fr.) nicht geisteskrank im Sinne des § 51. Heredität bei 60 (35 M. 25 Fr.). Trunksucht war 5 mal, Lues 8 mal (7 M. 1 Fr.), Senium 3 mal, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 4 mal, Klimakterium 2 mal, Trauma 4 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 (5 M. 6 Fr.) bis 1 Monat, bei 9 (4 M. 5 Fr.) 1—3 Monate, bei 8 (4 M. 4 Fr.) 3—6 Monate, bei 11 (5 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 16 (11 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 21 (12 M. 9 Fr.) über 2 Jahre; unbekannt bei 72 (44 M. 28 Fr.). 46 (41 M. 5 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Abgang 207 (122 M. 85 Fr.). Geheilt und gebessert 54 (25 M. 29 Fr.); ungeheilt 90 (53 M. 37 Fr.), hiervon 74 (39 M. 35 Fr.) in andere Anstalten; gestorben 34 (20 M. 14 Fr.) = 4,20% der Ver-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pflegten. Tuberkulose war 4 mal (1 M. 3 Fr.), Krebs 3 mal (2 M. 1 Fr.), Paralyse 7 mal Todesursache. Krankenbestand am Jahresschluß 602 Kr.

Warstein: Bestand am Beginn des Berichtsjahres: 317 Kr. Zugang 670 (342 M. 328 Fr.), davon Neuaufnahmen 434 (226 M. 208 Fr.). 337 (169 M. 168 Fr.) mit einfacher Seelenstörung; 30 (20 M. 10 Fr.) mit Paralyse, 17 (16 M. 1 Fr.) mit Epilepsie mit Seelenstörung, 6 Fr. mit Hysterie, 34 (11 M. 23 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie. Heredität bei 108 (54 M. 54 Fr.). Lues war 12 mal (9 M. 3 Fr.), Trunksucht 18 mal (15 M. 3 Fr.), Senium 31 mal (15 M. 16 Fr.), Trauma 8 mal (7 M. 1 Fr.), Haft 4 mal, Schwangerschaft, Wochenbett 22 mal, Klimakterium 4 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30 (11 M. 19 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 82 (41 M. 41 Fr.) 1—3 Monate, bei 103 (56 M. 47 Fr.) 3—12 Monate, bei 181 (80 M. 101 Fr.) über 1 Jahr. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 24 (19 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung 2 M. Abgang 229 (152 M. 77 Fr.). Geheilt und gebessert 125 (80 M. 45 Fr.), ungeheilt 38 (30 M. 8 Fr.), gestorben 63 (39 M. 24 Fr.) = 6,38% der Verpflegten. Paralyse war 21 mal (17 M. 4 Fr.), Tuberkulose 7 mal (2 M. 5 Fr.), Krebs 2 mal (2 Fr.) Todesursache. Krankenbestand am Jahresschluß 758 (357 M. 401 Fr.).

Eickelborn: Bestand am Beginn des Berichtsjahres 603 Kr. Zugang 44 (27 M. 17 Fr.). 21 (16 M. 5 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse, 20 (8 M. 12 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 M. mit Seelenstörung mit Epilepsie; zur Beobachtung 1 M. Abgang 58 (37 M. 21 Fr.). Gebessert 9 (7 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., ungeheilt 7 (5 M. 2 Fr.), gestorben 41 (24 M. 17 Fr.) = 6,33% der Verpflegten. Paraylse war 5 mal, Tuberkulose 8 mal Todesursache. Aus dem Bewahrungshause kehrte 1 Kr. zu seiner Familie, 2 Kr. zur Weiterverbüßung ihrer Strafe in Strafanstalten zurück. In Familienpflege 4 Kr.

Eichberg (76): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 742 (413 M. 329 Fr.). Zugang 259 (157 M. 102 Fr.). 174 (92 M. 82 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 18 (12 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 25 (15 M. 10 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 3 M. mit Seelenstörung und Epilepsie, 5 (2 M. 3 Fr.) mit hysterischer Seelenstörung, 27 (26 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, 7 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 69 (37 M. 32 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 36 (35 M. 1 Fr.), Lues bei 10 (8 M. 2 Fr.), Senium bei 14 (7 M. 7 Fr.), Puerperium und Klimakterium bei je 1 Fr. Krankheitsursache. 76 (70 M. 6 Fr.) der Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung kamen 16 (15 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 58 (28 M. 30 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 31 (14 M. 17 Fr.) 3—6 Monate, bei 163 (108 M. 55 Fr.) mehr als 6 Monate. Abgang 235 (141 M. 94 Fr.). Genesen und gebessert 71 (44 M. 27 Fr.); ungebessert 99 (61 M. 38 Fr.), davon 59 (34 M. 25 Fr.) in andern Anstalten; nicht geisteskrank 7 M.; gestorben 58 (29 M. 29 Fr.) = 5,79% der Verpflegten. Paralyse war bei 16 (13 M. 3 Fr.), Tuberkulose bei 7 Fr. Todesursache. Bestand am Jahresschluß 766 (429 M. 337 Fr.). In Familienpflege 95 (25 M. 70 Fr.). Im Berichtsjahr wurden 10 Fürsorgepfleglinge verpflegt; ihr Zusammenleben mit älteren Geisteskranken führte zu Mißhelligkeiten; nur 3 konnten bald Erziehungsanstalten überwiesen werden, die anderen bedurften längerer Anstaltspflege und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden in einem Handwerk oder in der Gärtnerei, im Waschen und Schneidern ausgebildet. Gesamtausgabe 634203,75 M.

Weilmünster (144): Das Berichtsjahr begann mit 879 (451 M. 428 Fr.). Zugang 226 (121 M. 105 Fr.). 132 (59 M. 73 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 28 (17 M. 11 Fr.) mit Paralyse, 14 (8 M. 6 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 7 (1 M. 6 Fr.) mit Hysterie, 24 (16 M. 8 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 21 (20 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Heredität bei 121 (63 M. 58 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 29 (26 M. 3 Fr.), Lues bei 15 (10 M. 5 Fr.), Senium bei 23 (6 M. 17 Fr.), Klimakterium bei 5 Fr., Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation bei 9 Fr., Haft bei 6 (3 M. 3 Fr.) Krankheitsursache. 66 (49 M. 17 Fr.) der Aufgenommenen war mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Zur Beobachtung 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 38 (18 M. 20 Fr.) unter 3 Monaten, bei 26 (12 M. 14 Fr.) 3—6 Monate, bei 162 (91 M. 71 Fr.) über 6 Monate. Abgang 181 (107 M. 74 Fr.). Geheilt und gebessert 62 (38 M. 24 Fr.); ungeheilt 41 (28 M. 13 Fr.); nicht geisteskrank 1 M; gestorben 77 (40 M. 37 Fr.) = 8,5 %. 26 (16 M. 10 Fr.) der Verstorbenen litten an Paralyse. Tuberkulose war bei 18 (7 M. 11 Fr.) Todesursache. Zunahme der Unruhigen und chronisch Unreinen. Zahl der täglichen Dauerbäder 42. 7 Erkrankungen an Typhus, davon verliefen 3 letal; in demselben Hause häufig Durchfälle sowie einzelne leichte Dysenteriefälle. Gesamtausgabe 598625 M.

Frankfurt (79): Bestand am 1. April 1906: 446 (241 M. 205 Fr.). Zugang bis 31. III. 1907: 1486 (1100 M. 386 Fr.), und zwar 265 (125 M. 140 Fr.) mit einfachen Psychosen, 65 (32 M. 33 Fr.) mit angeborenen Psychosen, 223 (148 M. 75 Fr.) mit epileptisch-hysterischen Psychosen, 681 (628 M. 53 Fr.) mit alkoh. und anderen Intoxikationspsychosen, 252 (156 M. 96 Fr.) mit paralytischen, senilen organischen Psychosen. Von den Gesamtaufnahmen waren 359 (308 M. 51 Fr.) wiederholte Aufnahmen, sie gehörten vorwiegend zur Gruppe der Alkoholisten (166 M. 12 Fr.) und der der Epilepsie (79 M. 18 Fr.). Bleiben Erstaufnahmen 757 (500 M. 257 Fr.). Hiervon waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 46,66% M. und 11,28% Fr. Während die Zahl der Zugänge mit einfachen und angeborenen Psychosen sich gegen das Vorjahr nicht oder nur wenig geändert hat, ist die Zahl der Intoxikationsfälle durch Alkohol usw. erheblich gestiegen, und zwar hauptsächlich die Fälle von Delirium tremens und von Alkoholepilepsie. Auch die Zahl der paralytisch-organischen Psychosen hat sich vermehrt, die Paralysen sowie die Fälle von arteriosklerotischer Demenz haben mäßig, die Fälle von Altersblödsinn bei Frauen auffallend stark zugenommen. Abgang 1479 (1117 M. 362 Fr.). Genesen und gebessert 1124 (907 M. 217 Fr.); ungeheilt nach Hause 54 (34 M. 20 Fr.), in andere Anstalten 178 (100 M. 78 Fr.); gestorben 112 (72 M. 40 Fr.). Ein Selbstmord durch Erhängen bei einem 48 jährigen Paralytiker mit hypochondrischen Ideen. —

Bestand am 1. April 1907: 463 (245 M. 218 Fr.). Zugang bis 31. März 1908: 1289 (984 M. 305 Fr.) und zwar 261 (127 M. 134 Fr.) mit einfachen Psychosen, 52 (33 M. 19 Fr.), mit angeborenen Psychosen, 175 (122 M. 53 Fr.) mit epileptisch-hysterischen Psychosen, 597 (564 M. 33 Fr.) mit alkoholischen und anderen Intoxikationspsychosen, 204 (133 M. 71 Fr.) mit paralytisch-organischen Psychosen 281 (253 M. 28 Fr.) wiederholte Aufnahmen und 651 (441 M. 210 Fr.) Erstaufnahmen;


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hiervon 46,26% M. und 9,52% Fr. bestraft. Die meisten Vorstrafen weisen die männlichen Alkoholisten auf, dann folgen die männlichen und weiblichen Imbezillen. Wegen großer Überfüllung wurden zeitweise alle nicht dringlichen Aufnahmen zurückgewiesen, deshalb die Zugänge gegen das Vorjahr um fast 200 zurückgeblieben. Unter den Erstaufnahmen sind die Alkoholerkrankungen und die organischen Störungen zurückgegangen, während die Zahl der einfachen erworbenen Psychosen zugenommen hat. Abgang 1316 (986 M. 330 Fr.). Genesen und gebessert 954 (772 M. 182 Fr.); ungeheilt nach Hause 54 (28 M. 26 Fr.), nach anderen Anstalten 209 (130 M. 79 Fr.); gestorben 95 (56 M. 39 Fr.). Je 1 Suizid durch Erhängen bei einem Arteriosklerotiker mit Depression und bei einem scheinbar harmlosen Katatoniker. Neubau von Bädern bei den Wachsälen der Männer- und Frauenabteilung; in diesen mit den alten Abteilungen völlig verbundenen Neubauten (85000 M.) befinden sich auch Operations- und Untersuchungsräume. — In der Kinderabteilung sind die Aufnahmen in den letzten Jahren erheblich gestiegen, besonders haben sich die Fälle leichteren Schwachsinns, nervöser Konstitution und Entartung vermehrt. Gesamtausgabe 1906: 637262 M.; 1907: 691118 M.

Rheinprovinz (119): In den 7 Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten befanden sich am 1. April 1907: 5107 (2760 M. 2347 Fr.). Zugang 3348 (2007 M. 1341 Fr.). Abgang 3117 (1863 M. 1254 Fr.). Bleibt Bestand 5338 (2094 M. 2434 Fr.).

Andernach: Bestand am 1. April 1907: 506 (271 M. 235 Fr.). Zugang 311 (170 M. 141 Fr.); 254 (124 M. 130 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 M. mit Paralyse, 14 (8 M. 6 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 18 (15 M. 3 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 2 M. mit Delir. pot., nicht geisteskrank 9 (7 M. 2 Fr.). Abgang 336 (192 M. 144 Fr.). Genesen und gebessert 177 (109 M. 68 Fr.), ungeheilt 104 (55 M. 49 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 52 (26 M. 26 Fr.). Bleibt Bestand 481 (249 M. 232 Fr.).

Bonn: Bestand am 1. April 1907: 725 (382 M. 343 Fr.). Zugang 670 (428 M. 242 Fr.); 411 (216 M. 195 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 55 (47 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 88 (69 M. 19 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 29 (22 M. 7 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 51 (47 M. 4 Fr.) mit Delir. pot., 36 (27 M. 9 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 631 (408 M. 223 Fr.). Genesen und gebessert 361 (236 M. 125 Fr.), ungeheilt 143 (87 M. 56 Fr.), nicht geisteskrank 39 (37 M. 2 Fr.), gestorben 88 (48 M. 40 Fr.). Bleibt Bestand 764 (402 M. 362 Fr.).

Düren: Bestand am 1. April 1907: 688 (368 M. 320 Fr.). Zugang 252 (157 M. 95 Fr.); 186 (100 M. 86 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 15 (12 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 23 (22 M. 1 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 16 (11 M. 5 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 11 M. mit Delir. pot., 1 M. nicht geisteskrank. Abgang 222 (140 M. 82 Fr.); genesen und gebessert 100 (66 M. 34 Fr.), ungeheilt 59 (43 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 61 (29 M. 32 Fr.). Bleibt Bestand 718 (385 M. 333 Fr.).

Galkhausen: Bestand am 1. April 1907: 837 (409 M. 428 Fr.). Zugang 521 (311 M. 210 Fr.); 365 (182 M. 183 Fr.) mit einfacher Seelenstörung; 54 (38 M. 16 Fr.) mit Paralyse; 34 (30 M. 4 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie;


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

18 (12 M. 6 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 11 M. mit Delir. potat.; 39 (38 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 501 (284 M. 217 Fr.); genesen und gebessert 265 M. (147 M. 118 Fr.), ungeheilt 131 (69 M. 62 Fr.), gestorben 105 (68 M. 37 Fr.). Bleibt Bestand 857 (436 M. 421 Fr.).

Grafenberg: Bestand am 1. April 1907: 809 (481 M. 328 Fr.). Zugang 767 (478 M. 289 Fr.); 513 (268 M. 245 Fr.); mit einfacher Seelenstörung, 82 (62 M. 20 Fr.) mit Paralyse; 51 (41 M. 10 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie; 38 (29 M. 9 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie; 72 (70 M. 2 Fr.) mit Delir. pot.; nicht geisteskrank 11 (8 M. 3 Fr.). Abgang 700 (429 M. 271 Fr.); genesen und gebessert 275 (176 M. 99 Fr.), ungeheilt 261 (149 M. 112 Fr.), nicht geisteskrank 19 (16 M. 3 Fr.), gestorben 145 (88 M. 57 Fr.). Bleibt Bestand 876 (530 M. 346 Fr.).

Johannistal: Bestand am 1. April 1907: 772 (462 M. 310 Fr.). Zugang 533 (295 M. 238 Fr.); 272 (121 M. 151 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 34 (26 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 100 (63 M. 37 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 89 (61 M. 28 Fr.) mit Epilepsie, 24 (10 M. 14 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 10 M. mit Delir. pot., 4 M. nicht geisteskrank. Abgang 431 (246 M. 185 Fr.); genesen und gebessert 230 (137 M. 93 Fr.), ungeheilt 107 (57 M. 50 Fr.), nicht geisteskrank 6 M., gestorben 88 (46 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 874 (511 M. 363 Fr.).

Merzig: Bestand am 1. April 1907: 770 (387 M. 383 Fr.). Zugang 294 (168 M. 126 Fr.); 228 (123 M. 105 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 19 (13 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 23 (13 M. 10 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 16 (11 M. 5 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 2 M. mit Delir. potat., 6 M. nicht geisteskrank. Abgang 296 (164 M. 132 Fr.); genesen und gebessert 144 (89 M. 55 Fr.), ungeheilt 81 (29 M. 52 Fr.), nicht geisteskrank 4 M., gestorben 67 (42 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 768 (391 M. 377 Fr.).

Heredität bei 30,7% (30,0% M. 32,0% Fr.) aller Aufnahmen. Alkoholmißbrauch fand sich als Krankheitsursache bei 14,3% sämtlicher Aufnahmen (21,8% M. 3,6% Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 17,6% (25,7% M. 5,2% Fr.). 17 Typhuserkrankungen: 7 in Anderach, 4 in Bonn, 6 in Johannistal, davon verliefen 3 letal. Bazillenträger bisher nur Frauen; sie werden isoliert gehalten. 13 Entbindungen in 6 Anstalten. 2,1% (2,3% M. 1,8% Fr.) aller Verpflegten litt an Tuberkulose. 7,1% der Verpflegten sind gestorben, 0,9% an Tuberkulose. Suizid war 2 mal Todesursache. Ein Kranker erdrosselte sich nachts unter der Bettdecke mittelst einer Binde, die er wegen einer Verletzung am Arm trug, ohne daß seine Umgebung etwas von dem Vorgang merkte. 26,2% der Verstorbenen litt an Paralyse. 31,8% (34,5% M. 21,3% Fr.) der aufgenommenen Paralytiker hatte sich luetisch infiziert.

Die 48 Plätze im Bewahrungshause zu Düren waren stets belegt. Ein zweites Bewahrungshaus mit 60 Plätzen in Verbindung mit der Arbeitsanstalt zu Brauweiler ist in Betrieb genommen. Mit dem Neubau der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Bedburg bei Cleve ist begonnen. Gesamtkosten eines Kranken durchschnittlich pro Jahr 670 M., pro Tag 1,83 M.

Kaiserswerth (93): Berichtszeit 1902—1907. Bestand am 1. Januar 1902: 78 Kr. Zugang bis 31. Dezbr. 1906: 432 Kr., davon 261 mit einfacher Seelen-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

störung, 5 mit Paralyse, 132 mit Seelenstörung mit Krämpfen, 34 mit Imbezillität. Heredität bei 326. Gravidität und Partus waren 29 mal, Klimakterium 13 mal, Alkoholmißbrauch 5 mal, Morphinismus 4 mal, Trauma 4 mal, Lues 3 mal, Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 118 unter 1 Monat, bei 107 2—3 Monate, bei 48 3—6 Monate, bei 36 6—12 Monate, bei 41 1—2 Jahre, bei 70 über 2 Jahre. Abgang 409. Geheilt und gebessert 280, ungeheilt 96, gestorben 33 = 6,48% der Verpflegten. Suizid war 2 mal, Tuberkulose 4 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Bleibt Bestand 100. Seit 1903 werden auch die „Verwaltungsgeschäfte" vom ärztlichen Direktor besorgt.

Tannenhof (134): Höchster Krankenbestand 455, niedrigster 426. 194 Neuaufnahmen (98 M. 96 Fr.). Heredität bei 138 (65 M. 73 Fr.). Alkoholismus war bei 21 (19 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 31 (15 M. 16 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 31 (15 M. 16 Fr.) 2—3 Monate, bei 26 (11 M. 15 Fr.) 4—6 Monate, bei 29 (18 M. 11 Fr.) 7—12 Monate. Abgang 168 (73 M. 95 Fr.). Genesen und gebessert 68 (20 M. 48 Fr.); ungeheilt 45 (24 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 11 (6 M. 5 Fr.), gestorben 44 (23 M. 21 Fr.). Tuberkulose war 2 mal, Krebs 1 mal Todesursache.

Ansbach (53): Bestand am 1. Januar 1907: 487 (249 M. 238 Fr.). Zugang 178 (92 M. 86 Fr.), davon 119 (61 M. 58 Fr.) erste Aufnahmen. 139 (69 M. 70 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 10 (7 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 16 (6 M. 10 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 9 (7 M. 2 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 1 M. mit Delir. pot., 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 31 (18 M. 13 Fr.) = 47,0% (42,5% M. 50,9% Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 7 (6 M. 1 Fr.) = 5,3% (9,2% M. 1,5% Fr.). Die Zahl der Aufnahmen im ersten Monat der Erkrankung ist den beiden Vorjahren gegenüber (27,5% und 31,7%) gefallen = 26,9%. Der Rückgang der Aufnahmen mit einer Erkrankungsdauer von über 2 Jahren ist gering, sie betragen noch 24,6%. Abgang 146 (79 M. 67 Fr.). Genesen und gebessert 67 (34 M. 33 Fr.), ungeheilt 25 (10 M. 15 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 51 (33 M. 18 Fr.). Durchschnittlich beschäftigt waren 44,4% M. und 28,6% Fr. „Bettruhe und Dauerbad die besten Beruhigungsmittel." Wiederholt Typhusfälle auf der Frauenseite. Da die Infektionsquelle nicht zu finden, wurden sämtliche Insassen der Frauenseite und Wartepersonal bakteriologisch untersucht; hierbei wurden mehrere alte Anstaltspfleglinge als Bazillenträgerinnen ermittelt. Sie werden im Infektionshaus isoliert gehalten. Tuberkulose war 15 mal Todesursache. Die weiter durchgeführte Entwöhnung von Alkohol macht keine besonderen Schwierigkeiten. Bei den Anstaltsfesten findet die Vorführung von Lichtbildern mittels des neu beschafften elektrischen Projektionsapparates immer wieder großen Beifall. Großer Wechsel unter dem Pflegepersonal; auf 6,4 M. traf ein Pfleger, auf 6,1 Fr. eine Pflegerin.

Bamberg, St. Getreu (57): Der Bericht umfaßt 3 Jahre, 1. Januar 1905 bis 31. Dezbr. 1907. Bestand zu Beginn der Berichtsjahre 107 (45 M. 62 F.). Gesamtzugang 183 (115 M. 68 Fr.), und zwar 134 (75 M. 59 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 9 M. mit Paralyse, 8 (7 M. 1 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 17 (9 M. 8 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 13 M. mit Delir. pot.,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2 M. nicht geisteskrank. Heredität 37 mal, Alkoholmißbrauch 55 mal, Lues 5 mal Krankheitsursache. Gesamtabgang 180 (115 M. 65 Fr.). Geheilt und gebessert 111 (81 M. 30 Fr.). Gestorben 34 (18 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 110 (45 M. 65 Fr.). Die Anstalt wird durch größere Um- und Erweiterungsbauten modernisiert.

Bayreuth (58): Bestand am 1. Januar 1907: 634 (349 M. 285 Fr.) Zugang 197 (118 M. 79 Fr.); 137 (79 M. 58 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 10 (8 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 21 (10 M. 11 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 15 (11 M. 4 Fr.) mit Delir. pot. Heredität bei 93 (52 M. 41 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 32 (28 M. 4 Fr.). Haft war 3 mal Krankheitsursache. Abgang 220 (110 M. 110 Fr.). Genesen und gebessert 81 (43 M. 38 Fr.), ungeheilt 101 (49 M. 52 Fr.), größtenteils nach Kutzenberg, gestorben 35 (15 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 611 (357 M. 254 Fr.). Tuberkulose war 4 mal (2 M. 2 Fr.) Todesursache. Durchschnittliches Hirngewicht bei Männern 1294,6 g, bei Frauen 1148,25 g. Das schwerste Männergehirn wog 1480 g und gehörte einem Paralytiker, das leichteste Männergehirn mit 1040 g gehörte einem Epileptiker. Das schwerste Frauengehirn wog 1270 g, das leichteste 1020 g. Gesamtausgabe 415 438 M. 56 Pf.

Eglfing (75): Bestand am 1. Januar 1907: 1006 (511 M. 495 Fr.). Zugang 563 (355 M. 208 Fr.). 333 (169 M. 164 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 84 (59 M. 25 Fr.) mit Paralyse, 30 (29 M. 1 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 35 (28 M. 7 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 68 (58 M. 10 Fr.) mit Delir. pot., nicht geisteskrank 13 (12 M. 1 Fr.). Heredität bei 190 (143 M. 47 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 30 (26 M. 4 Fr.), davon waren 17 (14 M. 3 Fr.) krank. Abgang 494 (313 M. 181 Fr.). Genesen und gebessert 179 (123 M. 56 Fr.); ungeheilt 178 (116 M. 62 Fr.), davon 111 (66 M. 45 Fr.) in andere Anstalten; gestorben 124 (61 M. 63 Fr.) = 7,90% aller Verpflegten. Auf Tuberkulose treffen 10,5% der Sterbefälle. Eine eingeschleppte Typhusepidemie ergriff 2 weibl .Kranke und 4 Pflegerinnen. Vermehrung der Dauerbäder auf der Wachstation für unruhige weibl. Kranke. Das Wartepersonal erhielt jährlich 14 Tage Urlaub mit vollem Gehalt und Herausbezahlung des Verköstigungssatzes, ferner wöchentlich einen ganzen freien Tag. Normalbelegzahl 1012; Krankenbestand am Jahresschluß 1075 (553 M. 522 Fr.). Die Neuerrichtung einer dritten Anstalt für Oberbayern ist beschlossen, der nötige Grund — 50 ha — in direktem Anschluß an das bisherige Terrain Eglfings angekauft; beabsichtigt ist eine selbständige Anstalt mit 600 bis 700 Betten, welche an die Betriebszentrale, Kanalisation und landwirtschaftlichen Betrieb Eglfings angeschlossen wird. Gesamtausgabe 1 062 460 M.

Gabersee (84): Bestand am 1. Januar 1907: 726 (379 M. 347 Fr.). Zugang 216 (113 M. 103 Fr.), davon 161 (79 M. 82 Fr.) zum erstenmal aufgenommen, und zwar 128 (57 M. 71 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 13 (6 M. 7 Fr.) mit Paralyse, 13 (10 M. 3 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 M. mit Alkoholismus, 1 M. nicht geisteskrank. Heredität nachweisbar bei 45%. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 20,6% etwa 1 Monat, bei 18,1% 2—3 Monate, bei 11,9% 4—6 Monate, bei 7,5% 7—12 Monate, bei 6,3% 2 Jahre, bei 23,1% über 2 Jahre. Abgang 194 (94 M. 100 Fr.). Genesen und ge-


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bessert 104 (54 M. 50 Fr.), ungebessert 21 (14 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 68 (25 M. 43 Fr.) = 7,2% aller Verpflegten. Tuberkulose war 15 mal, Krebs 2 mal, Dysenterie 4 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Im ganzen 23 Dysenteriefälle. 2 M. und 1 Fr. wurden das ganze Jahr hindurch mittelst Schlundsonde genährt. 60% der Pfleglinge wurden durchschnittlich beschäftigt. Beträchtliche Vermehrung des Pflegepersonals zwecks Gewährung reichlicherer Erholungszeit. Erhöhung der Verpflegungskosten von 1,10 auf 1,30 M. pro Kopf und Tag. Gesamtausgabe 465 461 M.

Kaufbeuren (94): Bestand am 1. Januar 1907: 564 (276 M. 288 Fr.). Zugang 343 (204 M. 139 Fr.), davon 243 (37 M. 106 Fr.) erste Aufnahmen. 231 (108 M. 123 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 36 (34 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 18 (13 M. 5 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 19 (12 M. 7 Fr.) mit Imbezillität, 29 (27 M. 2 Fr.) mit Delir. pot. Heredität bei 51,6%. Bei 33% aller aufgenommenen Männer spielte der Alkohol eine wichtige ätiologische Rolle. 36 (20 M. 6 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Abgang 306 (176 M. 130 Fr.). Genesen und gebessert 176 (97 M. 79 Fr.) = 57,5% des Abgangs, ungeheilt 70 (42 M. 28 Fr.), gestorben 60 (37 M. 23 Fr.), darunter 25 Paralysen. Tuberkulose war 5 mal Todesursache. Das Durchschnittsalter der 25 Paralysen beim Tode 41,5 Jahre. Künstliche Ernährung war für längere Zeit notwendig bei 12 (5 M. 7 Fr.). Beschäftigt wurden durchschnittlich 100 M. und 130 Fr. Gefordert wird Verbesserung der Lebensstellung des Pflegepersonals sowie Vermehrung seiner Zahl; bei Tage soll wenigstens 1 Pflegeperson auf 7 Kranke kommen und außerdem für das nötige Nachtwachpersonal gesorgt sein. Gesamtausgabe 555 108 M.

In der Pflegeanstalt Irsee: Bestand am 1. Januar 1907: 265 (123 M. 142 Fr.). Zugang 33 (19 M. 14 Fr.), sämtlich aus der Heilanstalt Kaufbeuren. Abgang 27; ungeheilt 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 24 (14 M. 10 Fr.). Tuberkulose war 5 mal, Krebs 2 mal Todesursache. 6 Typhuserkrankungen. Gesamtausgabe 181 905 M.

Kutzenberg (99): Bestand am 1. Januar 1907: 139 (98 M. 41 Fr.). Zugang 128 (65 M. 63 Fr.), davon Neuaufnahmen 72 (44 M. 28 Fr.). 100 (46 M. 54 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 13 (9 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 5 (2 M. 3 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 5 M. mit Delir. pot., nicht geisteskrank 1 Fr. Heredität bei 75 (39 M. 36 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 14 (9 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 8 (4 M. 4 Fr.) 2—3 Monate, bei 9 (6 M. 3 Fr.) 4—6 Monate, bei 21 (10 M. 11 Fr.) 7—12 Monate, bei 72 (33 M. 39 Fr.) bis 2 Jahre und darüber. Abgang 53 (33 M. 20 Fr.). Geheilt und gebessert 39 (23 M. 16 Fr.), ungebessert 6 (4 M. 2 Fr.), gestorben 8 (6 M. 2 Fr.). Tuberkulose war 2 mal Todesursache. Bleibt Bestand 195 (122 M. 73 Fr.). Reichliche Anwendung von Dauerbädern; auch des Nachts wird gebadet. Die entlegene einsame Lage der Anstalt mit sehr ungünstigen Verkehrsverhältnissen erschwerte den Betrieb und bewirkte häufigen Personalwechsel. Gesamtausgabe 26 004 M.

Der Gesamtkrankenbestand in den Landes-Heil- und Pflegeanstalten des Königreichs Sachsen (125) betrug zu Beginn des Berichtsjahres 4648 (2175 M. 2473 Fr.), genau 100 Kranke mehr als zu Beginn des Vorjahres. Die Zahl aller in Anstaltspflege (auch in Privatanstalten) befindlichen Kranken wird auf min-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

destens 7800 geschätzt. Sonach kommen auf 100 000 Einwohner 173 Kranke. Dabei ist angenommen, daß nur etwa der Hälfte der Geisteskranken Anstaltspflege zuteil wird. (In England wurden 1903 auf 100 000 Einwohner 408 Geisteskranke gezählt, davon waren 341 in Anstaltspflege.) In die Staatsanstalten wurden aufgenommen 985 (516 M. 469 Fr.). Durchschnittliche Steigerung der Aufnahmen um etwa 50 pro Jahr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme in 29, 8% bis zu 3 Monaten, in 12,7% bis zu 6 Monaten, in 11,5% bis zu 12 Monaten, in 12,1% bis zu 2 Jahren, in 6,1% bis zu 3 Jahren, in 3,6% bis zu 4 Jahren, in 4,2% bis zu 5 Jahren, in 13,5% über 5 Jahre, in 6,5% von Kindheit auf. Diese Verhältniszahlen sind sich in den letzten vier Jahren auffallend gleich geblieben. Als bedeutungsvollste Ursache der Psychosen wird die individuelle Veranlagung genannt, mag sie ererbt oder durch abnorme Entwicklung in den ersten Lebensjahren erworben sein. Heredität durchschnittlich bei 47,8% des Gesamtzugangs. Alkoholmißbrauch wird als Krankheitsursache skeptisch beurteilt, häufiger als Begleiterscheinung angesehen; er hat nur bei 7,7% des Zugangs eine ätiologische Rolle gespielt. Lues wurde bei 48% aller Paralysen sicher festgestellt. Von den in die Pflegeanstalt Colditz Aufgenommenen waren 80% (91,6% M. 54,3% Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Gesamtabgang 769 (391 M. 378 Fr.). Genesen und gebessert 336 (136 M. 200 Fr.) = 42,6%. Erhebliche Kurerfolge, soweit solche erzielt worden sind, fallen meist ins erste Behandlungsjahr (72,4%); nach Ablauf von 1½ Jahren sind nur noch bei relativ wenigen Fällen Behandlungserfolge verzeichnet (17,9%). Sterblichkeit gering = 5,4% des durchschnittlichen Gesamtbestandes (4043 Kr.). Von den verstorbenen Männern sind 48%, von den verstorbenen Frauen 16,6% an Paralyse gestorben. An Tuberkulose sind 33 Kranke gestorben, rund 15% aller Verstorbenen. Krebs war nur bei etwa 2,3% Todesursache (bei der Gesamtbevölkerung 4—5%).

Wechsel unter dem männlichen Pflegepersonal überaus gering; sein Maximalgehalt ist auf 1500 M. erhöht, das Anfangsgehalt soll auf 1050 M. hinaufgesetzt werden; in mehr oder weniger großem Umfang erhalten sie von den Direktionen die Erlaubnis, sich selbst zu beköstigen und eine oder zwei Mahlzeiten in ihrer Familie einzunehmen. Dagegen gelingt es nicht mehr, die nötige Zahl von Pflegerinnen zu bekommen. Außer den „Pflegerinnen" werden deshalb von den Anstalten „Hilfswärterinnen" angenommen. Stationspflegerinnen und deren Vertreterinnen gehören der „Pflegerschaft" an und versehen den eigentlichen Krankendienst, während die Hilfswärterinnen mehr mit häuslichen Arbeiten u. dgl. beschäftigt werden. Das Zusammenarbeiten von Pflegerinnen und Hilfswärterinnen hat keine Schwierigkeiten gemacht. In Großschweidnitz essen die Pflegerinnen mittags zum größeren Teil in zwei Gruppen gemeinsam im Pflegerinnenheim. —. Überfüllung der Abteilungen für Unruhige und Wachbedürftige in allen Anstalten. Entlastung wird von der geplanten großen, mit allen modernen Hilfsmitteln der Krankenpflege ausgestatteten Pflegeanstalt in Arnsdorf erhofft. In Zschadraß ist ein neuerbautes Haus für 36 sicherungsbedürftige Männer in Betrieb genommen. In Untergöltzsch ist ein neues Werkstättengebäude errichtet. Die Beköstigung ohne Bindung an das frühere Kostregulativ hat sich in allen Anstalten vorzüglich bewährt. Die Kost ist besser, abwechslungsreicher geworden


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und trägt den Neigungen der Kranken mehr Rechnung, dabei sind die festgestellten Etatssätze nicht überschritten. Nur die Anstaltsökonomien klagen, daß die Speiseüberbleibsel sich so sehr verringert haben. Auf die ungleich höhere Abnutzung der Bettwäsche usw. als Folge der stetig zunehmenden Bettbehandlung wird besonders hingewiesen. Die Zahl der bettbehandelten Kranken schwankt in den einzelnen Anstalten zwischen 14,7% M. und 24% Fr. und 51% M. und 42% Fr. Beschäftigt sind durchschnittlich 62—33% M. und 60—37,6% Fr. Über Rückgang der mit landwirtschaftlicher oder Gartenarbeit zu beschäftigenden Kranken wird allgemein geklagt; begründet wird dieser Rückgang auch mit Zunahme der Schwere der einzelnen Krankheitsfälle.

Krankenbestand zu Beginn des Berichtsjahres in Sonnenstein 554 (304 M, 250 Fr.); in Untergöltzsch 503 (241 M. 262 Fr.), in Zschadraß 492 (240 M. 252 Fr.), in Großschweidnitz 432 (176 M. 256 Fr.), Hubertusburg 1364 (500 M. 864 Fr.), Colditz 597 (307 M. 290 Fr.), Hochweitzschen 706 (407 M. 299 Fr.). Zugänge in den genannten 7 Anstalten: 177 (87 M. 90 Fr.); 171 (87 M. 84 Fr.); 142 (79 M. 63 Fr.); 160 (76 M. 84 Fr.); 178 (88 M. 90 Fr.); 44 (26 M. 18 Fr.); 113 (73 M. 40 Fr.).

Rund 25% aller Zugänge werden als „Dementia praecox" bezeichnet. 26,9% M. und 4,4% Fr. der Gesamtaufnahmen litten an Paralyse.

Waldheim, bestimmt zur Aufnahme geistig erkrankter oder auf ihren Geisteszustand zu beobachtender männlicher Gefangener der Landesstraf- und Korrektionsanstalten sowie zur Unterbringung von Geisteskranken mit ververbrecherischem Vorleben und Kranken, die ihrer Persönlichkeit halber für die anderen Anstalten ungeeignet erscheinen, hatte einen Anfangsbestand von 181 M. Zugang 45 M. Abgang 38 M. Bleibt Bestand 188. Durchschnittlich beschäftigt 80,2%.

Die psyiatrische und Nervenklinik der Universität Leipzig mit 170 Betten war von 878 (544 M. 334 Fr.) besucht. 563 litten an Geisteskrankheiten, 134 waren Alkoholiker, 181 Nervenkranke. Heredität bei 184, Alkoholmißbrauch bei 137. Entlassen 689. Gestorben 38.

Die Irrenstation der städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden mit 120 Betten hat 1091 (657 M. 334 Fr.) verpflegt, und zwar 738 Geisteskranke, 262 Alkoholiker, 91 Nervenkranke. Heredität bei 354, Alkoholmißbrauch bei 348. Abgang 1002, davon 45 (30 M. 15 Fr.) gestorben. Die Siechenabteilung mit 1200 Betten hat 1799 (798 M. 1001 Fr.) verpflegt, und zwar 1217 Geistes-, 516 Nervenkranke, 66 Alkoholiker. Heredität bei 237, Alkoholmißbrauch bei 158. In der Zweiganstalt Luisenhaus mit 189 Betten sind 209 (134 M. 75 Fr.) verpflegt, und zwar 172 Geistes-, 33 Nervenkranke, 4 Alkoholiker.

Die städtische Irrenheilanstalt zu Leipzig-Thonberg mit 65 Betten hat 74 (43 M. 31 Fr.) verpflegt, und zwar 60 Geistes-, 10 Nervenkranke, 4 Alkoholiker. Heredität bei 28, Alkoholmißbrauch bei 3. Entlassen 23. Gestorben 5.

Die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz mit 125 Betten hat 447 (267 M. 180 Fr.) verpflegt, und zwar 335 Geisteskranke, 51 Nervenkranke, 61 Alkoholiker. Heredität bei 57. Alkoholmißbrauch bei 59. Entlassen 355, davon 21 verstorben.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Privat-Irren- und Nervenheilanstalten zu Neucoswig, Tharandt, Möckern, Prödel und Elsterberg mit rund 230 Betten haben 483 (255 M. 228 Fr.) verpflegt, und zwar 261 Geisteskranke, 198 Nervenkranke, 24 Alkoholiker. Heredität bei 54, Alkoholmißbrauch bei 28. Gesamtabgang 325, davon 15 gestorben.

Dösen (72): Bestand am 1. Januar 1907: 910 (478 M. 432 Fr.). Zugang 468 (290 M. 178 Fr.). 71% aller Aufnahmen kamen aus der psychiatrischen Klinik in Leipzig. 21,2% des Zugangs (25,5% M. und 14% Fr.) litt an Paralyse. Bei 25,2% der aufgenommenen Paralytiker war luetische Infektion sicher nachweisbar. 10,9% des Zugangs (15,1% M. 3,9% Fr.) litt an spezifischen Alkoholpsychosen. Heredität bei 35,5% des Zugangs (34,4% M. 37,1% Fr.), und zwar bei den an einfacher Seelenstörung leidenden in 36,9%, bei den Paralysen in 25,2%, bei den Imbezillen und Idioten in 50%, bei den Epileptikern in 51,4%, bei den Hysterischen in 54,5%, bei den Alkoholikern in 23,5%. 29% des Zugangs (28,3% M. 30,3% Fr.) war bei der Aufnahme noch nicht länger als ½ Jahr krank; 1902 war dies bei nur 20,3% der Fall. Abgang 387 (243 M. 144 Fr.). Geheilt und gebessert 202 (125 M. 77 Fr.) = 52,2% (51,4% M. 53,5% Fr.). 1902 sind nur 30,9% geheilt und gebessert entlassen. Der vermehrte Zugang an frischen Krankheitsfällen verbessert die Kurerfolge. Gestorben 112 (67 M. 45 Fr.), davon 50 (33 M. 17 Fr.) mit Paralyse = 44,6% aller Todesfälle. Tuberkulose war bei 8% aller Verstorbenen Todesursache. Die provisorische Dauerbadeinrichtung im Garten für Unruhige hat sich bewährt, es stehen hier jetzt 4 Wannen aus Stampfbeton zur Verfügung; verschiebbare Dachvorrichtungen gewähren Schutz gegen die Sonennstrahlen. In die mit ihrer offenen Seite an den Garten grenzende Wandelbahn werden bei günstiger Witterung die Betten aus dem Wachsaal gebracht; so können bei entsprechendem Wetter alle Kranken dieser Abteilung den Vorteil dauernden Aufenthalts in freier Luft genießen. Beschäftigt waren durchschnittlich täglich 238 M. und 200 Fr. Feindselige Haltung der Bevölkerung machte eine weitere Ausdehnung der Familienpflege im Dorfe Dösen unmöglich. Die Zahl der Kranken wird hier allmählich vermindert und dafür in der Stadt Leipzig selbst Familienpflege in größerem Umfang eingerichtet. Leistung sowie sittliche Führung des Pflegepersonals werden gelobt; Mangel an geeigneten Bewerbern scheint nicht zu bestehen. Die „Außenabteilung" für nicht mehr anstaltsbedürftige Trinker bewährt sich. Die jedem hier verpflegten Kranken gewährte Entlohnung von täglich 75 Pf. für geleistete Arbeit hat auf die Trinker wie auf deren Angehörige guten Einfluß.

Im Königreich Württemberg (149) ist die Gesamtzahl der in Staatsanstalten verpflegten Geisteskranken im Berichtsjahr um 114 gestiegen. Da eine derartige Steigerung auch für die kommenden Jahre in Aussicht steht, so sollen zunächst in Winnental rund 200 Plätze neu eingerichtet werden. Auch für Epileptiker genügt der vorhandene Platz nicht mehr. Die Zuteilung von besonderen Aufnahmebezirken an die einzelnen Anstalten wird als Fortschritt bezeichnet. In Weinsberg wird weder an Kranke noch an Wartepersonal Alkohol verabreicht; in den übrigen Anstalten wird nach möglichster Einschränkung des Alkoholkonsums gestrebt. Das Personal erhält bei Verzicht auf alkoholische Getränke


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entschädigung in der Höhe der Selbstkosten. Die Familienpflege bei den Anstalten Winnental, Schussenried, Zwiefalten, Weißenau ist auf dem alten Stand geblieben und zählt 16, 20, 30 und 25 Familienpflegestellen.

Bestand am 1. Januar 1906: Winnental 391 (187 M. 204 Fr.), Schussenried 488 (267 M. 221 Fr.), Zwiefalten 538 (309 M. 229 Fr.), Weißenau 505 (252 M. 253 Fr.), Weinsberg 462 (215 M. 247 Fr.). Gesamtzugang 779 (464 M. 315 Fr.), und zwar in Winnental 107 (72 M. 35 Fr.), in Schussenried 161 (92 M. 69 Fr.), in Zwiefalten 117 (58 M. 59 Fr.), in Weißenau 144 (91 M. 53 Fr.), in Weinsberg 250 (151 M. 99 Fr.), Von den 779 waren 429 erste Aufnahmen und solche nach vorheriger Genesung (= 55,1%). Hiervon standen 26,3% im 1. Monat, 13,8% im 2. und 3. Monat der Erkrankung, also im 1. Vierteljahr der Erkrankung 40,1%; im 1. Halbjahr 52,4%, im 1. Jahr der Erkrankung 61,8%. Bei 38,2% bestand die Erkrankung länger als ein Jahr vor der Aufnahme. Fast ein Drittel aller Aufnahmen litt an primären Demenzen. Die Diagnose Paranoia ist wieder häufiger gestellt. 10% der Aufnahmen haben an Geistesstörungen mit anatomischem Befund gelitten, davon waren 4,6% Paralysen (88,9% M. 11,1% Fr.). 37 Beobachtungen. 15,3% der Aufnahmen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Bei 48,7% der Aufnahmen war Heredität nachweisbar. Bei der direkten Erblichkeit überwiegt die von Vaters Seite. Alkoholismus war in 12,5%, Lues in 1,5%, psychische Einflüsse in 4,3% der Aufnahmen Krankheitsursache. Wie früher so sind auch in diesem Jahr den Tabellen nach Männer hinsichtlich der Erkrankung vor dem 25. Lebensjahr mehr gefährdet als Frauen; im Alter zwischen 30 und 50 Jahren tritt ein Ausgleich ein, nach dem 50. Lebensjahr erkranken die Frauen häufiger.

Gesamtabgang 698 (411 M. 287 Fr.), und zwar in Winnental 97 (64 M. 33 Fr.), in Schussenried 169 (103 M. 66 Fr.), in Zwiefalten 98 (54 M. 44 Fr.), in Weißenau 119 (70 M. 49 Fr.), in Weinsberg 215 (120 M. 95 Fr.). Geheilt und gebessert 386 = 55,3% der Entlassungen; ungeheilt 184 = 26,4%; gestorben 128 = 4% aller Verpflegten. Von den Geheilten waren 47,7% erblich belastet. Tuberkulose war in 26,6% der Sterbefälle Todesursache. Die Todesfälle an Tuberkulose haben zugenommen, ihre Zahl war am höchsten in Weinsberg = 40% der Gesamtmortalität der Anstalt.

In den 6 Privat-Irrenanstalten des Landes betrug die Gesamtzahl der behandelten Geisteskranken 1485 (683 M. 802 Fr.), davon waren 678 Privatpfleglinge = 45,7% und 807 Staatspfleglinge = 54,3% (in Göppingen, Pfullingen und Rothenmünster. Zugang 363 (160 M. 203 Fr.), Abgang 318 (156 M. 162 Fr.), bleibt Bestand 1167 (527 M. 640 Fr.), darunter 707 (331 M. 376 Fr.) Staatspfleglinge.

Emmendingen (78): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 1463 (750 M. 713 Fr.). Zugang 333 (186 M. 147 Fr.), davon 257 erste und 76 wiederholte Aufnahmen. Vom Gesamtbestand litten 1397 Kranke an einfacher Seelenstörung, 197 an Epilepsie mit Seelenstörung, 148 an Imbezillität und Idiotie, 39 an Alkoholismus, 10 an Paralyse, 4 an Hysterie, 1 an Morphinismus; hiervon waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 300 (249 M. 51 Fr.). Abgang 322 (166 M. 156 Fr.). Gebessert 175. Gestorben 121 (55 M. 66 Fr.). Tuberkulose war 32 mal.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krebs 3 mal, Paralyse 5 mal Todesursache. Bestand am Ende des Berichtsjahres 1474 (770 M. 704 Fr.) bei 950 normalen Plätzen! Die außerordentliche Überfüllung mit ihren großen Nachteilen ist geblieben. Direkt aufgenommen werden immer noch nur Fälle von Epilepsie ohne Seelenstörung, alle übrigen Kranken kommen aus den Kliniken und aus Illenau. Baldige Änderung des bisherigen Charakters der Anstalt — reine Pflegeanstalt — wird mit Recht dringend gefordert. Großer Ärztemangel. 33,91% des Gesamtbestandes waren regelmäßig beschäftigt. In Familienpflege 11 (2 M. 9 Fr.). Ein Wärter wurde beim Einholen eines vom Rübenputzen entwichenen Kranken schwer verletzt und starb bald darauf. Der Kranke hatte ein Küchenmesser mit auf die Flucht genommen und hiermit dem ihn festhaltenden Wärter eine Stichverletzung oberhalb des linken Augapfels beigebracht, die bis in die Schädelhöhle gedrungen war und die Carotis interna verletzt hatte. Gesamtausgabe 1 354 234 M.

Freiburg (81): Bestand am 1. Januar 1907: 142 (68 M. 74 Fr.). Zugang 478 (257 M. 221 Fr.), davon 372 erste und 106 wiederholte Aufnahmen. Abgang 483 (262 M. 221 Fr.). Geheilt und gebessert 158; ungebessert 283, davon 237 in andere Anstalten; gestorben 42. Bleibt Bestand 137 (63 M. 74 Fr.), und zwar 107 (49 M. 58 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 9 (5 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 14 (8 M. 6 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 Fr. mit Epilepsie und Seelenstörung, 4 (1 M. 3 Fr.) mit Hysterie, je 1 Fr. mit Alkoholismus und andern Krankheiten des Nervensystems 19 Kr. zur Beobachtung.

In der Abteilung für Nervenkranke wurden 224 (140 M. 84 Fr.) behandelt. Anfangsbestand 18 (9 M. 9 Fr.). Zugang 206 (131 M. 75 Fr.). Abgang 210 (130 M. 80 Fr.). Unter den Aufnahmen 108 Fälle zur Begutachtung im Unfall- und Invaliditätsverfahren. In die Poliklinik kamen 468 neue Fälle, behandelt wurden im ganzen 509 (190 M. 319 Fr.). Gesamtausgabe 224 980 M.

Heidelberg (88): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres: 138 (76 M. 62 Fr.). Zugang 662 (374 M. 288 Fr.), davon 531 erste und 131 wiederholte Aufnahmen. Aufgenommen wurden 17 (14 M. 3 Fr.) mit Delir. trem.; 39 (36 M. 3 Fr.) mit chronischem Alkoholismus; 125 (75 M. 50 Fr.) mit Dementia praecox; 150; (47 M. 103 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein; 52 (39 M. 13 Fr.) mit Paralyse 25 (11 M. 14 Fr.) mit seniler Demenz; 13 (6 M. 7 Fr.) mit Arteriosklose; 59 (34 M. 25 Fr.) mit Hysterie, Psychopathie; 18 (17 M. 1 Fr.) mit akuten Gefangenenpsychosen, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Paranoia. Gemäß § 81 wurden 31 (26 M. 5 Fr.) beobachtet. Abgang 658 (375 M. 283 Fr.). Geheilt und gebessert 245. Gestorben 47, darunter 16 (15 M. 1 Fr.) mit Paralyse; über Todesursachen und wichtige Nebenbefunde bei der Sektion gibt eine besondere Tabelle willkommenen Aufschluß. Die unverändert fortbestehende Überfüllung betrug zeitweise 81%. Zahl der kriminellen Kranken zeilweilig sehr hoch, über 40%. Im laufenden Jahr keine Isolierung, weitere Ausdehnung der Verwendung beruhigender Arzneimittel die notwendige Folge. Bestand am Jahresschluß 142 (75 M. 67 Fr.). Gesamtausgabe 197 167 M.

Illenau (92): Bestand am 1. Januar 1907: 653 (319 M. 334 Fr.). Zugang 565 (274 M. 291 Fr.), davon 421 (204 M. 217 Fr.) erste und 144 (70 M. 74 Fr.) wiederholte Aufnahmen. 440 (180 M. 260 Fr.) mit einfacher Seelenstörung. 31 (29 M. 2 Fr.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Paralyse, 15 (6 M. 9 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 13 (12 M. 1 Fr.) mit Epilepsie und Seelenstörung, 17 (4 M. 13 Fr.) mit Hysterie, 8 (5 M. 3 Fr.) mit Neurasthenie, 1 M. mit Chorea, 22 (19 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Zur Beobachtung kamen 12 (10 M. 2 Fr.). Abgang 539 (253 M. 286 Fr.). Genesen und gebessert 339 (149 M. 190 Fr.); ungebessert 4 (1 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 70 (32 M. 38 Fr.); gestorben 80 (45 M. 35 Fr.). Tuberkulose war 13 mal, Krebs 1 mal, Suizid 2 mal Todesursache. Bei 69,84% aller verpflegten Paralysen war Lues, bei 38,09 Heredität, bei 31,57% Alkoholmißbrauch nachweisbar. Vom Gesamtzugang waren 356 (159M.197 Fr.) erblich belastet; Alkoholmißbrauch war bei 103 (96 M. 7 Fr.) Krankheitsursache. Dauernde Überfüllung besonders in den Beobachtungsabteilungen für Unruhige. 34,41% M. und 38.05% Fr. waren durchschnittlich auf Wachabteilungen. Isolierräume nachts oft ständig besetzt. 35—40% der Kranken wurden regelmäßig beschäftigt; die arbeitenden Kranken erhalten neben Kostzulagen monatliche Belohnungen von 1—5 M.; im ganzen wurden hierfür 2508 M. verausgabt. Kein Ärztemangel; kein Mangel an Wartpersonal; geringer Wechsel. Auf 5,47 Kranke kommt eine Wartperson; einschließlich der Privatwärter traf auf 4,30 M. und 3,68 Fr. eine Wartperson. Gesamtausgabe 775 141 M.

Pforzheim (117): Bestand am 1. Januar 1907: 635 (320 M. 315 Fr.). Zugang 82 (42 M. 40 Fr.), davon 77 erste und 5 wiederholte Aufnahmen. Vom Gesamtbestand litten 534 (242 M. 292 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 90 (62 M. 28 Fr.) an Paralyse, 16 (10 M. 6 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 73 (45 M. 28 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 1 M. an Hysterie, 1 Fr. an arteriosklerotischem Irresein, 2 M. an Alkoholismus. Heredität beim Zugang in 23 Fällen (10 M. 13 Fr.). Abgang 84 (46 M. 38 Fr.). Genesen und gebessert 12. Gestorben 64 (30 M. 34 Fr.). darunter 25 (15 M. 10 Fr.) mit Paralyse. Tuberkulose war 10 mal; Krebs, Typhus je 1 mal Todesursache. Pforzheim ist 1322 gegründet und war bis 1826 die einzige Irrenanstalt Badens; der schon lange notwendige Neubau scheint jetzt in sicherer Aussicht. Gesamtausgabe 353 716 M.

Wiesloch (146): Bestand am 1. Januar 1907: 313 (175 M. 138 Fr.). Zugang 231 (119 M. 112 Fr.); davon litten 180 (71 M. 109 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 11 (10 M. 1 Fr.) an Paralyse, 8 (7 M. 1 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 12 M. an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 2 M. an Hysterie, 16 M. an Alkoholismus. Unter den Aufnahmen waren 209 erste und 22 wiederholte Aufnahmen. Erblichkeit nachgewiesen bei 80 (53 M. 27 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 27 M. Abgang 94 (53 M. 41 Fr.); Genesen und gebessert 71 (36 M. 35 Fr.). Gestorben 14 (8 M. 6 Fr.). Tuberkulose war 2 mal Todesursache, Krebs 1 mal. Von den Verpflegten waren 56 (52 M. 4 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten.

Die am 20. Oktober 1905 eröffnete Anstalt ist noch im Ausbau begriffen und dabei überbelegt. Auf die großen Schwierigkeiten, die hieraus für den eigentlichen Krankenhausbetrieb entstehen, wird mit der Mahnung hingewiesen, niemals eine Anstalt zu eröffnen, wenn sie erst zu einem kleinen Bruchteil ihrer Anlage fertig ist. Mit Recht wird gefordert, daß mit dem Bau neuer Anstalten nicht so lange gewartet wird, bis alle Zeichen auf die unverschiebliche Notwendigkeit hinweisen, neue Asyle zur Verfügung zu haben. Über die für die einzelnen Krankenhäuser usw.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bewilligten Mittel gibt eine besondere Nachweisung willkommenen Aufschluß. Die bestehenden Bauten, Anlagen und Einrichtungen haben sich bewährt. Beschäftigt wurden 51% Kr. Arbeitsentlohnungen neben Kostzulagen. Der Wert der von Kranken geleisteten Arbeit bei einer durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit von 6½ Std. wird auf rund 25 000 M. geschätzt; dem stehen als Gegenleistung Belohnungen und Kostaufbesserungen im Werte von 12 500 M. gegenüber. Selbstverständlich ist bei der Beschäftigung der Kranken das rein ärztliche Moment immer ausschlaggebend. Mit Recht wird dabei aber darauf aufmerksam gemacht, daß die Kranken dem Staate erhebliche Dienste leisten, denen ein zu bescheidenes Entgelt gegenübersteht. Mit der Familienpflege ist ein erster erfolgreicher Versuch (1 Fr. 7 M.) gemacht. Die Erkrankungen an Tuberkulose haben zugenommen; es handelte sich meist um außerhalb der Anstalt erworbene Tuberkulose. Besondere Lazarett- und Tuberkuloseabteilungen konnten erst am Jahresschluß in Benutzung genommen werden. Ausgedehnte Anwendung von Bett- und Bäderbehandlung erübrigten die Benutzung der vorhandenen Isolierräume vollständig. Bäder werden meist von 1—4 stündiger Dauer gegeben; selbst Kranke mit Neigung zu Ekzembildung konnten hierbei in besonderer Wanne weiterbaden. Nur sehr Unruhige baden 12—16 Std. Bei seniler Schlaflosigkeit mit Agitation war die Kombination von Paraldehyd und Opium besonders wirksam. Auf 5 M. trifft 1 Wärter, auf 4 Fr. 1 Wärterin. Die Personalbeschaffung macht große Schwierigkeiten, besonders weibliches Warte- und Dienstpersonal kaum zu haben. Nur große Verbesserungen der wirtschaftlichen Lage können helfen. Für das gesamte Personal ist eine Milchportion als Zwischenspeise am Vormittag eingeführt.

Gehlsheim (85): Bestand am 1. Januar 1907: 311 (170 M. 141 Fr.). Zugang 272 (128 M. 144 Fr.). 183 (68 M. 115 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 12 M. mit Paralyse, 17 (10 M. 7 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, nicht geisteskrank 41 (23 M. 18 Fr.), Delir. potat. 5 M. Bei 85 (31 M. 54 Fr.) betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 6 Monaten. Zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand kamen 13 (10 M. 3 Fr.), davon 2 nicht geisteskrank. Zur Beobachtung nach Unfall 9 (7 M. 2 Fr.). Abgang 265 (136 M. 129 Fr.). Genesen und gebessert 110 (51 M. 59 Fr.); ungeheilt 54 (28 M. 26 Fr.); nicht geisteskrank 41 (24 M. 17 Fr.); gestorben 61 (33 M. 28 Fr.). 1 Suizid. Tuberkulose in 8% aller Sterbefälle Todesursche. Gesamtausgabe 246 650 M.

Sachsenberg (126): Bestand am 1. Januar 1907: 564 (288 M. 276 Fr.). Zugang 149 (79 M. 70 Fr.). 122 (58 M. 64 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 13 (12 M. 1 Fr.) mit Epilepsie und Seelenstörung, 6 (3 M. 3 Fr.) mit Idiotie, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 64 (34 M. 30 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 53 (23 M. 30 Fr.) bis zu 6 Monaten. Abgang 140 (79 M. 61 Fr.). Genesen und gebessert 44 (24 M. 20 Fr.); ungeheilt 38 (25 M. 13 Fr.); nicht geisteskrank 1 M.; gestorben 57 (29 M. 28 Fr.). Zur Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.), davon waren 5 M. geisteskrank. Tuberkulose in 10,53% aller Sterbefälle Todesursache. 1 Suizid. Gesamtausgabe 375 922 M.

Alt-Strelitz (56): Bestand am 1. Januar 1906: 173 (84 M. 89 Fr.). Zugang 1906 und 1907: 119 (65 M. 54 Fr.). 77 (34 M. 43 Fr.) mit einfacher Seelen-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

störung, 16 (14 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 10 (8 M. 2 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 8 (4 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 5 (3 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus, 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 50 (21 M. 29 Fr.) bis zu 6 Monaten; im ersten Monat der Erkrankung kamen 28 (10 M. 18 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 4 M. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 6 Kr. Abgang 105 (55 M. 50 Fr.). Genesen und gebessert 57 (32 M. 25 Fr.), ungeheilt 16 (8 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 29 (13 M. 16 Fr.). Tuberkulose in 17% aller Sterbefälle Todesursache. 1906 starben 5%, 1907 7% der Summe der Verpflegten. Beschäftigt waren 28,7% resp. 23,9% M. und 26,1% bzw. 25,5% Fr. Über Bettbehandlung und Zahl der Dauerbäder geben ausführliche Tabellen Aufschluß. Isolierung nicht grundsätzlich vermieden. Die Beköstigung eines Kranken hat durchschnittlich täglich 61,9 Pf. und 62,2 Pf. gekostet. Gesamtausgabe 1906: 131 946 M.; 1907: 131 296 M.

Wehnen (143): Anfangs bestand 282 (155 M. 127 Fr.). Zugang 160 (89 M. 71 Fr.). 104 (45 M. 59 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 19 (16 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 3 M. mit Imbezillität, 6 (3 M. 3 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 9 M. mit Alkoholpsychosen, 3 (1 M. 2 Fr.) mit Neuropsychosen, 4 (2 M. 2 Fr.) mit Hirnerkrankungen, 8 (6 M. 2 Fr.) mit Psychopathie, 4 M. nicht geisteskrank. Abgang 165 (92 M. 73 Fr.). Geheilt und gebessert 80 (36 M. 44 Fr.), ungeheilt 37 (24 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 5 M., gestorben 43 (27 M. 16 Fr.). Tuberkulose war 4 mal Todesursache. Täglich beschäftigt 41,25% M. und 28,75% Fr. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 7 M. Alte bauliche Einrichtungen, beschränkte Raumverhältnisse und Mangel an gutem Pflegepersonal erschwerten den Betrieb.

Blankenhain (59): Der Krankenbestand ist in den 5 Berichtsjahren 1903—1907 von 455 (233 M. 222 Fr.) auf 574 (273 M. 301 Fr.) gestiegen. Gesamtzugang 533 (262 M. 271 Fr.). Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena kamen 309, aus anderen Irrenanstalten 35, aus Kranken- und Arbeitshäusern 16, aus der Heimat 173 Kr. Auf die 5 Berichtsjahre verteilen sich die Aufnahmen: 82, 88, 153, 121, 79. Erbliche Belastung bei allen in den Berichtsjahren verpflegten Männern = 43%, Frauen = 40%. Aufgenommen wurden 315 (130 M. 185 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 44 (28 M. 16 Fr.) mit Paralyse, 77 (44 M. 33 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 38 (26 M. 12 Fr.) mit Epilepsie ohne und mit Seelenstörung, 16 (1 M. 15 Fr.) mit Hysterie und Neurasthenie, 1 M. mit Tabes, 2 Fr. mit Morphinismus. Abgang 380 (201 M. 179 Fr.). Geheilt und gebessert 163 (85 M. 78 Fr.), ungeheilt 87 (47 M. 40 Fr.), gestorben 130 (69 M. 61 Fr.). Tuberkulose war 16 mal, Krebs 4 mal, Typhus 1 mal, Suizid 2 mal Todesursache. In Familienpflege am Schluß der Berichtszeit 16 (6 M. 10 Fr.). Isoliarungen werden möglichst eingeschränkt. Dauerbäder mußten in der letzten Zeit ungünstiger Verhältnisse wegen wegfallen. Dauerdne Überfüllung, unzulängliche Einrichtungen, Mangel an Wartpersonal scheinen den Krankenhausbetrieb sehr zu erschweren. Der landwirtschaftliche Betrieb ist vergrößert und verbessert. Die Beschäftigung leidet unter dem Mangel ausreichender Werkstätten.

Sigmaringen (131): Bestand am 1. April 1907: 137 (66 M. 71 Fr.). Zugang 61 (35 M. 26 Fr.). Summe der Verpflegten 198 (101 M. 97 Fr.). 139 (63 M.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

76 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 5 M. mit Paralyse, 27 (16 M. 11 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 17 (12 M. 5 Fr.) mit Epilepsie und Seelenstörung, 3 Fr. mit Hysterie, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 23 (16 M. 7 Fr.). Geheilt und gebessert 11 (7 M. 4 Fr.), ungeheilt 2 M., gestorben 10 (7 M. 3 Fr.). In der Abteilung für körperlich Kranke sind 465 (323 M. 142 Fr.) verpflegt.

Roda (122): Bestand am 1. Januar 1907: 391 (198 M. 193 Fr.). Zugang 136 (61 M. 75 Fr.). 94 (35 M. 59 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 20 (12 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 12 (7 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 (2 M. 2 Fr.) mit Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 1 Fr. mit Hysterie. Heredität bei 71 (31 M. 40 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 19 (17 M. 2 Fr.). Abgang 131 (60 M. 71 Fr.). Geheilt und gebessert 64 (34 M. 30 Fr.); ungeheilt 12 (5 M. 7 Fr.); gestorben 55 (21 M. 34 Fr.). Tuberkulose war 6 mal, Dysenterie 4 mal, Typhus 3 mal, Paralyse 8 mal, Suizid 1 mal Todesursache. In der Abteilung für Körperkranke sind 261 (188 M. 73 Fr.) verpflegt. In Familienpflege 18 (4 M. 14 Fr.).

Zur Erinnerung an das 60 jährige Bestehen der Anstalt hat ihr Direktor, Dr. Schäfer, eine Festschrift herausgegeben „Nachrichten über die Herzogl. S.-A. Irrenheil- und Pflegeanstalt Genesungshaus zu Roda“ (122). Hervorzuheben sind darin die Mitteilungen über die Irrenfürsorge in Sachsen-Altenburg in früheren Zeiten. Verfasser greift dabei bis auf die Zeit des Mittelalters zurück und liefert mit seinen auf alten Quellen beruhenden Nachrichten einen wertvollen Beitrag zur Geschichte deutscher Irrenpflege. Besonders interessiert die Beschreibung des Zucht-, Armen- und Irrenhauses auf der Leuchtenburg, die zu diesem Zweck 1722—1724 umgebaut wurde. Gleich von vornherein ist für die Anstalt ein ständiger Arzt angestellt. Für geregelte Beschäftigung der Kranken — als solche oder wenigstens als Hilfsbedürftige wurden die Irren angesehen — war von vornherein gesorgt. Der zweite Teil behandelt speziell die Geschichte des jetzigen „Genesungshauses“. Familienpflege seit 1905.

Friedrichsberg (83): Bestand am 1. Januar 1907: 1507 (739 M. 768 Fr.). Zugang 941 (531 M. 410 Fr.). Abgang 1021 (540 M. 481 Fr.). Geheilt und gebessert 393 (208 M 185 Fr.); ungeheilt 439 (222 M. 217 Fr.); nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.); gestorben 177 (100 M. 77 Fr.). Totalausgabe pro Kopf und Tag des Kranken 2,62 M. Gesamtkosten 1 392 327 M.

Für die Siechenstation ist ein etatsmäßiger Oberarzt neu angestellt. Zwei Assistenzarztstellen wurden in etatsmäßige Abteilungsarztstellen umgewandelt, um dem bestehenden Ärztemangel abzuhelfen. Großer Wechsel unter dem Wartpersonal. Um diesem Übel abzuhelfen, hat man die Hälfte der Abteilungswärter und -wärterinnen festangestellt. außerdem erhält das Wartpersonal nach absolvierter vierjähriger Dienstzeit eine einmalige Prämie von 300 M.

Langenhorn (101): Bestand am 1. Januar 1907: 679 (406 M. 273 Fr.) Zugang 260 (122 M. 138 Fr.), davon kamen 248 (112 M. 136 Fr.) aus Friedrichsberg 6 (4 M. 2 Fr.) aus dem Zentralgefängnis Fuhlsbüttel, 2 M. aus dem Untersuchungs gefängnis. Abgang 35 (30 M. 5 Fr.); gestorben 27 (16 M. 11 Fr.). Bleibt Bestand 877 (482 M. 395 Fr.). Totalausgabe pro Kopf und Tag eines Kranken 2,66 M. Gesamtkosten 761 426 M.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neu bezogen wurden im Berichtsjahr 1 Männerbeobachtungshaus, 2 Frauenbeobachtungshäuser, 1 Frauenüberwachungshaus. Das neue Werkstättengebäude und das Schlachthaus sind in Betrieb genommen. Für den Direktor ist ein neues Wohnhaus gebaut.

Ellen (77): Bestand zur Beginn des Berichtsjahres 430 (227 M. 203 Fr.). Zugang 438 (273 M. 165 Fr.). Darunter 130 (75 M. 55 Fr.) mit Dementia praecox, 36 (30 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 35 (9 M. 26 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein, 24 (18 M. 6 Fr.) mit konst. Psychopathie, 14 (8 M. 6 Fr.) mit Paronoia, 48 (40 M. 8 Fr.) mit Alkoholpsychosen, 15 (7 M. 8 Fr.) mit Dementia senilis. Abgang 420 (274 M. 146 Fr.). Geheilt und gebessert 215 (145 M. 70 Fr.). Ungeheilt 137 (95 M. 42 Fr.). Gestorben 68 (34 M. 34 Fr.). In der mit der Anstalt verbundenen Familienpflege befanden sich am Jahresschluß 163 (87 M. 76 Fr.). Die Zahl der Familienquartiere ist weiter vermehrt. Zunehmende Überfüllung der Anstalt. Maximalbestand gegen das Vorjahr um 24 gestiegen. Neubau eines Verwahrungshauses für verbrecherische Geisteskranke und einer offenen Villa für Frauen nebst Schwestern-Kasino. Vom Durchschnittsbestand wurden regelmäßig 43,69% M. und 45,3% Fr. beschäftigt.

Rockwinkel (121): Bestand am 1. Januar 1907: 12 (6 M. 6 Fr.). Zugang 9 (6 M. 3 Fr.); 7 (4 M. 3 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Seelenstörung und Epilepsie, 1 M. mit alkoholischer Seelenstörung. Abgang 12 (8 M. 4 Fr.). Geheilt und gebessert 4 (2 M. 2 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 4 (3 M. 1 Fr.). 1 Suizid. Heredität bei 14 (7 M. 7 Fr.) vom Bestand und Zugang. Die Anstalt gehört seit 143 Jahren der Familie des jetzigen Besitzers.

Lübeck (103): Bestand am 1. April 1907: 221 (109 M. 112 Fr.). Zugang 84 (38 M. 46 Fr.); 65 (25 M. 40 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 12 (10 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 1 M. mit Seelenstörung und Epilepsie, 4 Fr. mit Imbezillität, Idiotie, 2 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 33,31% des Zugangs, bei 58,82% des Bestandes. Abgang 84 (38 M. 46 Fr.); geheilt und gebessert 32 (13 M. 19 Fr.), ungeheilt, 31 (14 M. 17 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 19 (9 M. 10 Fr.). Bleibt Bestand 221 (109 M. 112 Fr.). Die Arbeiten der Kommission für die neue Anstalt sind noch nicht abgeschlossen; mit dem Bau ist noch nicht begonnen. Wegen großer Überfüllung Um- bzw. Erweiterungsbauten in der alten Anstalt, deren Herstellungskosten auf 85 285 M. veranschlagt sind. Das Inventar soll mit in die neue Anstalt übernommen, die Baracken später anderweitig verwandt werden. Gesamtausgabe 214 078 M. Ein Kranker kostete pro Jahr 955 M. 63 Pf.; pro Tag 2,611 M.

Stephansfeld-Hördt (133): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 1562 (727 M. 835 Fr.); davon 81 (39 M. 42 Fr.) mit Paralyse, 51 (46 M. 5 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 499 (228 M. 271 Fr.); 342 (125 M. 217 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 34 (22 M. 12 Fr.) mit Paralyse, 9 (1 M. 8 Fr.) mit anderen organischen Hirnleiden, 30 (18 M. 12 Fr.) mit Seelenstörung bei Epilepsie und Hysterie, 41 (28 M. 13 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 31 (26 M. 5 Fr.) mit Alkoholismus, 12 (8 M. 4 Fr.) nicht geisteskrank. 9,6% M. und 4,4% Fr., d. i. 6,8% aller Aufnahmen, litten an Paralyse. Seit 1902 hat die Zahl der wegen Paralyse Aufgenommenen 10% des Zugangs nicht mehr überschritten; die Prozentziffer hat sich


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seither von Jahr zu Jahr verringert. Von den Erkrankungen an Paralyse entfallen 82% auf das 4. und 5. Jahrzehnt. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 73 (36 M. 37 Fr.) bis 1 Monat, bei 47 (16 M. 31 Fr.) 2—3 Monate, bei 57 (25 M. 32 Fr.) 4—6 Monate, bei 44 (15 M. 29 Fr.) 7—12 Monate, bei 37 (13 M. 24 Fr.) 1—2 Jahre, bei 193 (91 M. 102 Fr.) über 2 Jahre. Heredität bei 32,5% M. und 40,9% Fr.; bei 33,6% der zum erstenmal, bei 46,9% der zum zweitenmal, bei 51,1% der zum drittenmal und häufiger Aufgenommenen. Alkoholmißbrauch bei 26,7% M. und 8,6% Fr. aus Oberelsaß und 28,1% M. und 5,7% Fr. aus Unterelsaß. Überstandene Lues war bei mehr als 1/3 der Paralysenaufnahmen nachweisbar. Zur Beobachtung kamen 15 Kr. Abgang 445 (217 M. 228 Fr.). Genesen und gebessert 46,4% aller Aufnahmen, ungeheilt 4,2%. Gestorben 138 (66 M. 72 Fr.) = 6,7% der Verpflegten. Tuberkulose war bei 34 (19 M. 15 Fr.) Todesursache. 5 Bazillenträgerinnen werden noch isoliert gehalten; eine Wärterin, welche eine unruhige Bazillenträgerin gepflegt, erkrankte an schwerem Typhus und starb. Sonst keine Typhuserkrankungen. In Familienpflege 10—12 Kranke. Gesamtausgabe 833 175 M.

Saargemünd (124): Bestand am 1. Januar 1907: 578 (304 M. 274 Fr.), darunter 37 (25 M. 12 Fr.) mit Paralyse, 6 (4 M. 2 Fr.) mit alkoholischer Seelenstörung. Zugang 202 (114 M. 88 Fr.); 134 (65 M. 69 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 34 (21 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 11 (7 M. 4 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 10 M. mit alkoholischer Seelenstörung, 6 M. nicht geisteskrank. Zur Beobachtung kamen 10 Kr. 41 (34 M. 7 Fr.) war vor der Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Alkoholismus war bei 34 (31 M. 3 Fr.) Krankheitsursache. Heredität bei 233 (119 M. 114 Fr.) des Bestandes, bei 63 (35 M. 28 Fr.) des Zugangs. Abgang 176 (104 M. 72 Fr.). Genesen und gebessert 84 (52 M. 32 Fr.), ungeheilt 38 (22 M. 16 Fr.), gestorben 54 (30 M. 24 Fr.) = 9,1%. Tuberkulose war bei 5 (1 M. 4 Fr.), Krebs bei 2 M. Todesursache. Suizid bei 4 (3 M. 1 Fr.). 67,69% des täglichen Bestandes waren beschäftigt, 3 Typhusfälle. 10 Bazillenträgerinnen unter dauernder Quarantäne; eine Pflegerin derselben erkrankte an Typhus. Gesamtausgabe 336 338 M.

Niedernhart (111): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 717 (339 M. 378 Fr.), darunter mit Paralyse 84 (48 M. 36 Fr.), mit Alkoholismus 20 (19 M. 1 Fr.). Zugang 388 (208 M. 180 Fr.). 65 (52 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 28 (26 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 367 (186 M. 181 Fr.). Geheilt 67 (33 M. 34 Fr.); Abgabe in andere Anstalten 23 (14 M. 9 Fr.); sonstiger Abgang 149 (69 M. 80 Fr.); gestorben 128 (70 M. 58 Fr.). Tuberkulose war 20 mal (9 M. 11 Fr.), Paralyse 47 mal (36 M. 11 Fr.), Krebs 2 mal (1 M. 1 Fr.) Todesursache. Gesamtausgabe 511938 K. Beköstigungskost n pro Kopf und Tag 89,79 h.

In Niederösterreich (112): bestehen 5 Landes-Irrenanstalten. Ihr Gesamtbestand zu Beginn des Berichtsjahres betrug 4976 (2612 M. 2364 Fr.) davon waren in der Landesirrenanstalt Wien 1178 (603 M. 575 Fr.), in Mauer-Öhling 1368 (723 M. 645 Fr.), in Ibbs 742 (380 M. 362 Fr.), in Klosterneuburg 709 (392 M. 317 Fr.), in Gugging 979 (514 M. 465 Fr.). Mauer-Öhling und Ibbs unterscheiden „Geisteskranke“ und „Kolonisten bzw. Geistessieche“; unter den 1368 Kr. bzw. 742 Kr. befanden sich 558 (304 M. 254 Fr.) bzw. 339 (188 M. 151 Fr.) Kolonisten und


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Geistessieche. Gesamtzugang an Geisteskranken 3169 (1791 M. 1378 Fr.), an Kolonisten und Geistessiechen 175 (115 M. 60 Fr.), zusammen 3344 Kr. Gesamtabgang 3107, und zwar 2871 (1670 M. 1201 Fr.) Geisteskranke und 236 (123 M. 113 Fr.) Kolonisten und Geistessieche. Bleibt Gesamtbestand 5213, und zwar 4377 (2241 M. 2136 Fr.) Geisteskranke und 836 (484 M. 352 Fr.) Kolonisten und Geistessieche. Krankenzunahme gegen das Vorjahr = 237 Personen.

26,28% des Bestandes an Geisteskranken am Jahresschluß litt an erworbenem Blödsinn, 23,08% an Paranoia, 12,27% an Paralyse. Die Zahl der an akuten Geistesstörungen Erkrankten beträgt 371 = 8,46%. Alkoholiker sind 3,98% verpflegt. Von den am Jahresschluß in Mauer-Öhling und Ibbs befindlichen Kolonisten und Geistessiechen litten 27,16% an erworbenem Blödsinn, 26,87% an Imbezillität, 23,46% an Idiotie, 10,06% an primärer Verrücktheit, 8,85% an Epilepsie.

Von den im Berichtsjahr aufgenommenen Geisteskranken litten 18,51% an Paralyse, 17,80% an erworbenem Blödsinn, 13,13% an primärer Verrücktheit, 12,18% an Alkoholismus, 15,43% an akuten Psychosen, 6,63% an Epilepsie. Den größten Prozentsatz der geheilt Entlassenen bilden die Alkoholiker mit 40%; dann folgen die akuten Geistesstörungen mit 25,24%, die periodischen Geistesstörungen mit 7,30%. Mortalität = 7,35% des Gesamtverpflegstandes. 1,68% aller Verpflegten hatte Tuberkulose. 10 Typhusfälle; in Klosterneuburg 7, in Wien, in Mauer-Öhling, in Ibbs je 1 Fall. Gesamtzahl der Familienpfleglinge 280, sie ist um 26 gestiegen; in Mauer-Öhling befanden sich 240 (97 M. 143 Fr.), in Ibbs 40 (24 M. 16 Fr.) in Familienpflege.

Über besondere Vorkommnisse in den einzelnen Anstalten, Bestimmungen und Verfügungen von allgemeinem Interesse, über Ausbildung und Dienst des Wartpersonals und ähnliche Fragen wird in ausführlichster Weise berichtet. Über Bau, Statut und Voranschlag der neuen Anstalt am Steinhof in Wien finden sich im Anhang eingehende Mitteilungen.

B r ü n n (64): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 694 (376 M. 318 Fr.), darunter 50 (44 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 44 (42 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 560 (309 M. 251 Fr.), davon 54 (49 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 49 (43 M. 6 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 488 (254 M. 234 Fr.). Geheilt 67 (34 M. 33 Fr.); in andere Anstalten 60 (27 M. 33 Fr.); sonstiger Abgang 215 (115 M. 100 Fr.); gestorben 146 (78 M. 68 Fr.) = 11,64% des Gesamtkrankenstandes. Bleibt Bestand 766 (431 M. 335 Fr.) bei einer Normalbelegung von 587 Kr. Nur große Erweiterungsbauten können bei solcher Überfüllung helfen. Tuberkulose war 13 mal Todesursache. Über verabfolgte Schlafmittel, Dauerbäder, über Isolierung, Bettbehandlung und Beschäftigung geben besondere Tabellen willkommenen Aufschluß.

B u r g h ö l z l i (67): Bestand am 1. Januar 1907: 406 (189 M. 217 Fr.). Zugang 294 (158 M. 136 Fr.), davon 242 (131 M. 11 Fr.) frische Aufnahmen, und zwar 8 (5 M. 3 Fr.) mit angeborenen, 5 (3 M. 2 Fr.) mit konstitutionellen, 144 (61 M. 83 Fr.) mit erworbenen idiopathischen Psychosen, 34 (17 M. 17 Fr.) mit organischen Störungen (darunter 12 [10 M. 2 Fr.] mit Paralyse), 6 (4 M. 2 Fr.) mit Epilepsie, 45 (41 M. 4 Fr.) mit vorwiegend alkoholischen Intoxikationspsychosen, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 290 (158 M. 132 Fr.). Geheilt und gebessert 169 (96 M.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

73 Fr.), ungebessert 87 (44 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 32 (17 M. 15 Fr.). 36 strafrechtliche, 33 zivilrechtliche Begutachtungen. Tuberkulose war 6 mal (1 M. 5 Fr.), Krebs bei 1 Fr. Todesursache. Dauernde Überfüllung; 283 Anmeldungen mußten unberücksichtigt bleiben. „Bettgurt“ bei selbstgefährlichen und gewalttätigen Patienten. Segelstoffkleider. Beschäftigt waren 77,7% M. und 85,9% Fr.

Waldau (140): Bestand am 1. Januar 1907: 611 (296 M. 315 Fr.). Zugang 175 (75 M. 100 Fr.). 6 (3 M. 3 Fr.) mit angeborenen, 13 (4 M. 9 Fr.) mit konstitutionellen, 111 (39 M. 72 Fr.) mit erworbenen einfachen Störungen, 27 (15 M. 12 Fr.) mit organischen Störungen (darunter 12 [9 M. 3 Fr.] mit Paralyse), 5 (4 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 12 (9 M. 3 Fr.) mit Alkolholpsychosen, 1 M. nicht geisteskrank. Zur Beobachtung kamen 8 (6 M. 2 Fr.). Heredität bei 61,07% M. und 67,09% Fr. Abgang 163 (71 M. 92 Fr.). Genesen und gebessert 83 (31 M. 52 Fr.), ungebessert 36 (24 M. 12 Fr.), gestorben 43 (15 M. 28 Fr.) = 5,47% (4,04% M. 6,75% Fr.) des Gesamtbestandes. Tuberkulose war bei 6 Fr., Krebs bei 2 (1 M. 1 Fr.), Typhus bei 1 M. Todesursache. Die bakteriologische Untersuchung hat keine Bazillenträger unter den Anstaltsinsassen gefunden. 26 (22 M. 4 Fr.) Entweichungen. Platznot machte Abweisung einer größeren Anzahl von Aufnahmeanträgen notwendig.

Münsingen (140): Bestand am 1. Januar 1907: 755 (354 M. 401 Fr.). Zugang 189 (97 M. 92 Fr.). 12 (5 M. 7 Fr.) mit angeborenen, 43 (15 M. 28 Fr.) mit konstitutionellen, 90 (44 M. 46 Fr.) mit erworbenen einfachen, 23 (14 M. 9 Fr.) mit organischen Störungen (darunter 9 [7 M. 2 Fr.] mit Paralyse), 4 M. mit Epilepsie, 11 (10 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen, 6 (5 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Zur Beobachtung kamen 10 (6 M. 4 Fr.). Heredität bei 41,2% M. und 48,9% Fr. = 45% der Aufgenommenen. Abgang 160 (80 M. 80 Fr.). Geheilt und gebessert 88 (39 M. 49 Fr.), ungebessert 31 (18 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 39 (21 M. 18 Fr.) = 4,1% der Verpflegten. Tuberkulose war bei 7 (4 M. 3 Fr.) Todesursache. 10 (6 M. 4 Fr.) Entweichungen. Mehrere Unglücksfälle durch Sturz aus dem Fenster und Fall über das Verandageländer. Fortwährender Platzmangel; 54 Anmeldungen wurden zurückgewiesen.

Bellelay (140): Bestand am 1. Januar 1907: 308 (138 M. 170 Fr.). Zugang 27 (10 M. 17 Fr.). 13 (7 M. 6 Fr.) mit angeborenen, 6 Fr. mit konstitutionellen, 1 Fr. mit erworbener einfacher, 3 (1 M. 2 Fr.) mit organischen Störungen, 1 M. mit Delir. tremens, 3 (1 M. 2 Fr.) mit Epilepsie. Zur Beobachtung kamen 4 Fälle. Abgang 20 (10 M. 10 Fr.). Gebessert 2 Fr.; ungebessert 5 (3 M. 2 Fr.); gestorben 13 (7 M. 6 Fr.) = 3,84% aller Verpflegten. Tuberkulose war bei 5 (2 M. 3 Fr.) Todesursache. Bett- und Dauerbadbehandlung bürgert sich mehr und mehr ein. Beschäftigung gering.

Der Neubau einer neuen großen Pflegeanstalt ist von der Aufsichtskommission der bernischen kantonalen Irrenanstalten beschlossen; die Platzfrage noch nicht entschieden.

St. Urban (139): Bestand am 1. Januar 1906: 482 (216 M. 266 Fr.). Zugang 1906 und 1907: 300 (180 M. 120 Fr.). Davon 254 (152 M. 102 Fr.) frische Aufnahmen; 11 (6 M. 5 Fr.) mit angeborenen, 13 (5 M. 8 Fr.) mit konstitutionellen,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

152 (77 M. 75 Fr.) mit erworbenen einfachen Störungen, 30 (24 M. 6 Fr.) mit organischen Psychosen, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 41 (34 M. 7 Fr.) mit Intoxikationspsychosen, 1 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 219 (121 M. 98 Fr.). Abgang in beiden Berichtsjahren 273 (156 M. 117 Fr.). Geheilt und gebessert 185 (109 M. 76 Fr.); ungebessert 24 (13 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 63 (33 M. 30 Fr.). Tuberkulose war 18 mal, Krebs 4 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Wegen Platzmangel blieben 81 Aufnahmeanträge unberücksichtigt. 15 Entweichungen ohne nachteilige Folgen. Die neue Hochdruckwasserversorgung ist fertiggestellt und liefert 368 Minutenliter. Einrichtung einer Abortspülung und einer Warmwasseranlage für Bäder.

Rosegg (123): Bestand am 1. Januar 1907: 320 (173 M. 147 Fr.). Zugang 80 (51 M. 29 Fr.), davon 68 (43 M. 25 Fr.) frische Aufnahmen. 2 (1 M. 1 Fr.) mit angeborener, 33 (20 M. 13 Fr.) mit erworbener einfacher, 4 (3 M. 1 Fr.) mit konstitutioneller Geistesstörung, 4 M. mit Epilepsie, 18 (6 M. 12 Fr.) mit organischen Störungen, 3 (2 M. 1 Fr.) mit Paralyse, (14 4 M. 10 Fr.) mit senilen Störungen), 19 (17 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Heredität bei 46 (30 M. 16 Fr.) der Erstaufgenommenen. Krankheitsdauer derselben vor der Aufnahme bei 22 (17 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 7 (6 M. 1 Fr.) 2—3 Monate, bei 7 (5 M. 2 Fr.) 4—6 Monate, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 7—12 Monate, bei 7 (2 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 19 (11 M. 8 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 71 (45 M. 26 Fr.). Geheilt und gebessert 38 (27 M. 11 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 29 (15 M. 14 Fr.). Tuberkulose war 7 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Beschäftigt waren durchschnittlich 68,2% M. und 53,9% Fr. Zur Beobachtung kamen 10 Fälle. 4 Entweichungen. Mangelhafte Aborteinrichtungen, Überfüllung, keine Möglichkeit zur Absonderung der Tuberkulösen.

Friedmatt (82): Bestand am 1. Januar 1907: 294 (155 M. 139 Fr.). Zugang 234 (133 M. 101 Fr.), davon 167 (96 M. 71 Fr.) frische Aufnahmen. 14 (11 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 17 (7 M. 10 Fr.) mit senilen Formen, 33 (28 M. 5 Fr.) mit alkoholischen, 99 (38 M. 61 Fr.) mit einfachen erworbenen, 33 (20 M. 13 Fr.) mit konstitutionellen, 13 (11 M. 2 Fr.) mit epileptischen, 3 (2 M. 1 Fr.) mit angeborenen Psychosen. Heredität bei 126 (61 M. 65 Fr.) frischen Aufnahmen. Krankheitsdauer derselben vor der Aufnahme bei 70 (42 M. 28 Fr.) bis 1 Monat, bei 16 (5 M. 11 Fr.) 2—3 Monate, bei 11 (3 M. 8 Fr.) 4—6 Monate, bei 13 (6 M. 7 Fr.) 7—12 Monate, bei 10 (6 M. 4 Fr.) 1—2 Jahre, bei 21 (12 M. 9 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 244 (151 M. 93 Fr.). Geheilt und gebessert 131 (84 M. 47 Fr.); ungebessert 71 (37 M. 36 Fr.), nicht geisteskrank 9 (5 M. 4 Fr.), gestorben 31 (25 M. 6 Fr.). Auf beiden Pensionärabteilungen ist je eine Wachabteilung eingerichtet; die Pensionäre brauchen jetzt nicht mehr in die Wachsäle III. Klasse gebracht werden.

Sonnenhalde (132): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 30 Kr. 119 Aufnahmeanträge, 82 Aufnahmen, davon 78 Erstaufnahmen. Abgang 82. Geheilt und gebessert 60, ungebessert 18, gestorben 2. 28% der Entlassenen war genesen. Bleibt Bestand 30.

Wil (147): Bestand am 1. Januar 1907: 782 (383 M. 399 Fr.). Zugang 413 (240 M. 173 Fr.), davon 337 (201 M. 136 Fr.) Geisteskranke und 74 (38 M. 36 Fr.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Körperkranke. Von den 337 Geisteskranken waren 280 (167 M. 113 Fr.) frische Aufnahmen; hiervon litten 25 (15 M. 10 Fr.) an angeborenen, 25 (14 M. 11 Fr.) an konstitutionellen, 168 (88 M. 80 Fr.) an erworbenen idiopathischen Psychosen, 69 (43 M. 26 Fr.) an organischen Störungen [11 (10 M. 1 Fr.] an Paralyse, 50 [31 M. 19 Fr.] an Dementia senilis), 14 (10 M. 4 Fr.) an Epilepsie, 27 (25 M. 2 Fr.) an Intoxikationspsychosen, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 64% M. und 75% Fr. Übermäßiger Alkoholgenuß war bei 40 M. 4 Fr., Lues bei 8 M. 1 Fr. Krankheitsursache. Abgang 396 (228 M. 168 Fr.). Geheilt und gebessert 157 (87 M. 70 Fr.), ungebessert 77 (48 M. 29 Fr.), gestorben 96 (57 M. 39 Fr.) = 10 % der verpflegten Geisteskranken. 17% der aufgenommenen geisteskranken Männer und 3,6% der geisteskranken Frauen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung kamen 7 Fälle. Ausgiebige Anwendung von prolongierten Bädern und Beschäftigung. Isolierungen nicht ganz umgangen, aber möglischst eingeschränkt.

4 Fälle — ein 25jähriges epileptisches Mädchen mit Tobsuchtsanfällen und ausgesprochener Nymphomanie, das schon zwei blödsinnige, epileptische Kinder im Armenhaus ihrer Heimatsgemeinde hat, ein 36jähriges Mädchen mit angeborenem Schwachsinn, Aufregungszuständen und starkem Sexualtrieb, von dem bereits zwei uneheliche Kinder der Gemeinde zur Last fallen, zwei etwa 30jährige Männer mit ausgeprägter psychischer Degeneration und starkem Sexualtrieb, der sie schon wiederholt mit dem Strafgesetz in Konflikt gebracht — wurden kastriert, nachdem alle übrigen Behandlungsmethoden sich als erfolglos erwiesen. Die Kranken, ihre Angehörigen und die Behörden waren damit einverstanden. Die körperlich kräftigen Patienten sind arbeitsfähig entlassen, zufrieden und verdienen ihr Brot selbst. Wenn der Zustand der Operierten gut bleibt und sie sich draußen halten, so nennt der Bericht diese Operation mit Recht eine der segensreichsten.

Waldhaus (142): Bestand in der Irrenabteilung am 1. Januar 1907: 298 (159 M. 139 Fr.). Zugang 125 (61 M. 64 Fr.), davon 109 (54 M. 55 Fr.) frische Aufnahmen. 19 (11 M. 8 Fr.) mit organischen Störungen 17 (15 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung 4 Fälle. Heredität bei 45 (23 M. 22 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 23 (10 M. 13 Fr.) bis 1 Monat, bei 8 (6 M. 2 Fr.) 1—2 Monate, bei 14 (4 M. 10 Fr.) 2—6 Monate, bei 11 (5 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 13 (9 M. 4 Fr.) 1—2 Jahre, bei 35 (18 M. 17 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 118 (64 M. 54 Fr.). Genesen und gebessert 68 (32 M. 36 Fr.), ungebessert 22 (14 M. 8 Fr.). Gestorben 28 (18 M. 10 Fr.). Bleibt Bestand 305 (156 M. 149 Fr.). Der Hauptteil der Todesfälle fällt auf organische Hirnkrankheiten (16), speziell auf senile Leute.

Königsfelden (95): Bestand am 1. Januar 1907: 685 (302 M. 383 Fr.). Zugang 137 (61 M. 76 Fr.). 6 (2 M. 4 Fr.) mit Idiotie und Kretinismus, 9 (2 M. 7 Fr.) mit konstitutioneller Geisteskrankheit, 88 (37 M. 51 Fr.) mit einfachen Seelenstörungen (57 [28 M. 29 Fr.] mit Dementia praecox, 24 [7 M. 17 Fr.] mit manisch-depressivem Irresein), 14 (8 M. 6 Fr.) mit organischen Störungen, 8 (4 M. 4 Fr.) mit Seelenstörung und Epilepsie, 11 (7 M. 4 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung kamen 10 Fälle. Bei 67% der frisch Aufgenommenen war Heredi

Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nachweisbar. Alkoholismus war bei 24,6% M. und 4% Fr. Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30% bis zu 3, bei 10% 4—6 Monate, bei 4% 7—12 Monate, bei 23% 1—5 Jahre, bei 32% über 5 Jahre. Abgang 130 (62 M. 68 Fr.). Geheilt und gebessert 88 (40 M. 48 Fr.), ungebessert 9 (4 M. 5 Fr.). Gestorben 33 (18 M. 15 Fr.). Suizid war 2 mal Todesursache. 3 Typhusfälle; Infektionsquelle nicht gefunden; Bazillenträger unter den Kranken! 27,5% M. und 29,8% Fr. waren beschäftigt. Chronische Überfüllung; die Erweiterungs- und Umbauten schreiten nur langsam fort. In den Pflegeanstalten Leuggern und Gnadenthal ist der Bestand auf 15 resp. 3 Kr. gesunken.

Asile de Cery (68): Bestand am 31. Dezember 1906: 521 (261 M. 260 Fr.). Aufgenommen wurden 347 (209 M. 138 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 868 (470 M. 398 Fr.). Entlassen wurden 372 (216 M. 156 Fr.). Bestand am 31. Dezbr. 1907: 496 (254 M. 242 Fr.). Es wurden geheilt entlassen 43 (29 M. 14 Fr.), gebessert 118 (76 M. 42 Fr.), ungeheilt 128 (69 M. 59 Fr.), es starben 83 (42 M. 41 Fr.).

Ganter.

Maison de Santé de Préfargier (118): Bestand am 1. Januar 1907: 119, am 31. Dezbr. 1907: 130 Kr. Aufgenommen wurden 110 (60 M. 50 Fr.), entlassen 99 (55 M. 44 Fr.). Geheilt entlassen 32, gebessert 20, ungeheilt 30 (darunter 2 nicht Geisteskranke), es starben 17. *Ganter.*

Meerenberg (106): Bestand am 1. Januar 1907: 1370 (669 M. 701 Fr.). Aufgenommen wurden 227 (139 M. 88 Fr.). Entlassen wurden 225 (135 M. 90 Fr.), als geheilt 42 (14 M. 28 Fr.), gebessert 37 (20 M. 47 Fr.), ungeheilt 66 (57 M. 9 Fr.), es starben 80 (44 M. 36 Fr.). Bestand am 31. Dezbr. 1907: 1372 (673 M. 699 Fr.). Ein Imbeziller beging Selbstmord durch Erhängen. 7 männliche Kranke entwichen: 2 Fälle von Paranoia, 2 von Dementia praecox, 1 Fall von Imbezillität, ein weiterer Fall entwich 2 mal. Bis auf einen wurden sie wieder zurückgebracht. Eine Kranke I. Klasse, die sich frei bewegen konnte, wurde beim Besuch ihres Mannes auf dem Spaziergang von ihm entführt. *Ganter.*

Fort Jaco (138) ist die erste Anstalt in Belgien, die mit dem üblichen Zwangssystem gebrochen und die moderne Irrenbehandlung eingeführt hat. Die Anstalt wurde 1905 eröffnet. Das Personal aber war unzulänglich und gewohnt, die Kranken mit Zwangsjacke, Ketten, Lederriemen, Strafduschen zu behandeln, und setzte den modernen Prinzipien einen passiven Widerstand entgegen. Schließlich mußte es durch neues Personal ersetzt werden. Gegenwärtig sind 2 Ärzte angestellt, die aber nicht in der Anstalt wohnen. Immerhin steht die Anstalt jetzt ausschließlich unter ärztlicher Leitung. Die Ärzte haben es noch nicht erreicht, Nachtwachen und Bettbehandlung einzuführen. Der Bruch mit dem alten Zwangssystem hat die günstigsten Wirkungen auf die Kranken gehabt.

1906 betrug die Zahl der verpflegten Kranken 430, 1907: 464. Da die armen Kranken nach andern Anstalten überführt wurden, blieben am 31. Dezbr. 1907: 160 Kr. 1906 entwichen 10 Kr., 1907 einer. 1907 kamen 2 Selbstmorde vor: eine Kranke schlitzte sich mit einer Schere den Leib auf, eine hing sich auf. *Ganter.*

La colonie familiale de Dun-sur-Auron (73): Bestand am 1. Januar 1907: 852 (12 M. 829 Fr. 11 Kd.). Aufgenommen wurden 196 (4 M.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

186 Fr. 6 Kd.). Gesamtzahl der Kranken 1048 (16 M. 1015 Fr. 17 Kd.). Entlassen wurden 118 (4 M. 113 Fr. 1 Kd.), davon als gebessert 11 (10 Fr. 1 Kd.), in andere Anstalten übergeführt 6 (2 M. 4 Fr.), in die Anstalt zurückversetzt 20 (1 M. 19 Fr.), es starben 77 (1 M. 76 Fr.), es entwichen 4 Fr. Bestand am 31. Dezbr. 1907: 930 (12 M. 902 Fr. 16 Kd.). Für die Familienpflege eignet sich keine der Krankheitsformen in besonderem Maße, es muß immer von Fall zu Fall entschieden werden.

Ganter.

50. Jahresbericht (1908) der Generalkommission für das Irrenwesen in Schottland (130).

Art der Anstalt	M.	F.	Summe	Privatkranke			Arme Kranke		
				M.	F.	S.	M.	F.	S.
In Kgl. Anstalten	1682	1929	3611	865	1043	1908	817	886	1703
„ Distriktsanstalten ..	4819	4669	9488	113	189	302	4706	4480	9181
„ Privatanstalten ...	34	63	97	34	63	97	—	—	—
„ Gemeindeanstalten .	283	285	568	—	—	—	283	285	568
„ Armenhäusern	376	367	743	—	—	—	376	367	743
„ Privatwohnungen ..	1215	1692	2907	43	84	127	1172	1608	2780
Summe	8409	9005	17414	1055	1379	2434	7354	7626	14980
„ der Kriminal-Irren-anstalt zu Perth ...	41	8	49	—	—	—	—	—	—
„ den Hilfsschulen	285	160	445	120	79	199	165	81	246
Summe	8735	9173	17908	1175	1458	2633	7519	7707	15226

Gegenüber dem 1. Januar 1907 hat eine Zunahme von 315 Kranken stattgefunden. Auf 100 000 der Bevölkerung kamen am 1. Januar 1908: 365 Geisteskranke.

Aufgenommen wurden 608 Privatkranke (72 mehr als im vorigen Jahr und 39 über dem Durchschnitt von 1900-04) und 3010 arme Kranke (154 mehr als im vorigen Jahre und 2 über den Durchschnitt von 1900-04). 634 Kranke wurden aus Anstalten in andere übergeführt. 120 Kranke ließen sich freiwillig aufnehmen.

Geheilt entlassen wurden von den Privatkranken 232 (11 mehr als im vorigen Jahr und 20 unter dem Durchschnitt von 1900-04) und von den armen Kranken 1203 (77 mehr als im vorigen Jahr und 88 unter dem Durchschnitt von 1900-04). Ungeheilt entlassen wurden von den Privatkranken 135 (19 mehr als im vorigen Jahr und 7 über dem Durchschnitt von 1900-04) und von den armen Kranken 376 (75 weniger als im vorigen Jahr und 37 unter dem Durchschnitt von 1900-04).

Es starben von den Privatkranken 189 (16 weniger als im vorigen Jahr und 21 über dem Durchschnitt von 1900-04), und von den armen Kranken 1189 (61 mehr als im vorigen Jahr und 175 über dem Durchschnitt von 1900-04).

Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Von den Todesursachen seien erwähnt: Allgemeine Paralyse 198 (154 M. 44 Fr.), Epilepsie und Konvulsionen 59 (35 M. 24 Fr.), Tuberkulose 223 (108 M. 115 Fr.), Lungen- und Brustfellentzündung 184 (113 M. 71 Fr.), Herzkrankheiten 292 (148 M. 144 Fr.), Gefäßkrankheiten 51 (26 M. 25 Fr.), Selbstmord 8 M.

Was den Selbstmord betrifft, so trank ein Kranker Jod vor der Aufnahme. 2 schnitten sich mit dem Rasiermesser die Kehle durch, 2 entwichen und ertränkten sich, 2 entwichen und erhängten sich, einer steckte sein Nachthemd in Brand. In 7 Fällen handelte es sich um Selbstmordversuche.

167 Kranke wurden versuchsweise entlassen, davon konnten 37 als geheilt zu Hause bleiben, 32 kehrten zurück, einer starb.

168 Kranke entwichen, davon wurden 141 zurückgebracht, von den übrigen 27 konnten 5 als geheilt, 13 als gebessert, 6 als ungeheilt zu Hause bleiben, 3 starben. 139 Unglücksfälle (einschl. Selbstmord) kamen vor. Es handelte sich meist um Frakturen, Luxationen, Hautwunden. 6 Fälle endeten tödlich: einer sprang durchs Fenster, um zu entweichen, einer trank Paraldehyd, einer starb nach einem Bruch. einem blieb ein Stück Fleisch im Halse stecken, einer starb an den Strapazen der Entweichung, einer an den ihm von einem andern Kranken beigebrachten Verletzungen.

Der Abgang des Pflegepersonals betrug 1195, 49 mehr als im vorigen Jahr. 901 gingen freiwillig.

Die Verpflegungskosten in den 19 Distriktsanstalten betrugen 242 159 £. auf den Kranken 26 £ 17 s. 8 d. *Ganter.*

M o m b e l l o (107): 1906: Bestand am 1. Januar 1906: 1883 (966 M. 917 Fr.). Aufgenommen wurden 821 (471 M. 350 Fr.). Entlassen wurden 454 (277 M. 177 Fr.). und zwar als geheilt 52 (31 M. 21 Fr.), als gebessert 323 (188 M. 135 Fr.), ungeheilt 19 (9 M. 10 Fr.), in andere Anstalten übergeführt 28 (22 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 32 (27 M. 5 Fr.). Es starben 313 (180 M. 133 Fr.). Bestand am 31. Dezbr. 1906: 1937 (980 M. 957 Fr.).

1907: Aufgenommen wurden 1060 (638 M. 422 Fr.). Entlassen wurden 640 (401 M. 239 Fr.), und zwar als geheilt 85 (54 M. 31 Fr.), gebessert 410 (245 M. 165 Fr.), ungeheilt 30 (10 M. 20 Fr.), in andere Anstalten übergeführt 45 (36 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 70 (56 M. 14 Fr.). Es starben 339 (176 M. 163 Fr.). Bestand am 31. Dezbr. 1907: 2018 (1041 M. 977 Fr.). Eine an Melancholie mit Verfolgungsideen leidende Kranke verübte Selbstmord durch Erhängen. Ein an moral insanity leidender Kranker entwich.

Unter den in den beiden Jahren Aufgenommenen befanden sich 315 (274 M. 41 Fr.) alkoholistische und 130 (68 M. 62 Fr.) pellagröse Geistesstörungen. 25 (6 M. 19 Fr.), befanden sich in Familienpflege.

Im Oktober 1906 erkrankten 11 Pflegerinnen an Typhus, der eingeschleppt worden war. Eine starb.

Ein verbrecherischer Geisteskranker machte einen Angriff auf einen Arzt und brachte ihm mit einem Stück Eisen eine Wunde im Gesicht bei. *Ganter.*


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Charkow (69): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1100 (666 M. 434 Fr.), davon 111 mit Paralyse, 14 mit alkoholischer Seelenstörung, 193 mit Epilepsie und Hysterie, 108 mit Imbezillität und Idiotie, 371 mit sekundärer Demenz. Zugang 1157 (742 M. 415 Fr.). Abgang 1063 (680 M. 383 Fr.). Geheilt und gebessert. 140 (212 M. 198 Fr.). Gestorben 180 (102 M. 78 Fr.). 99% aller entlassenen Kranken hielten sich in der Anstalt weniger als 3 Jahre auf, 75% aller entlassenen Männer und 84% aller entlassenen Frauen verbrachten in der Anstalt weniger als 6 Monate. Gesamtausgabe für 512 836 Krankentage 535 997 Rubel, pro Kopf und Tag 1,04 Rbl.

Fleischmann-Kiew.

Santiago (127): Bestand am 31. Dezbr. 1905: 1530 (755 M. 775 Fr.). Aufgenommen wurden 916 (516 M. 400 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 2446 Entlassen wurden 876 (528 M. 348 Fr.). Bestand am 31. Dezbr. 1906: 1570 (743 M. 827 Fr.). Es wurden geheilt entlassen 319 (195 M. 124 Fr.), d. h. 48%, oder nach Abrechnung der Alkoholdeliranten, 32% der Aufnahmen; gebessert 122 (95 M. 27 Fr.). Es starben 222 (126 M. 96 Fr.), d. h. 9,07% der verpflegten Kranken. Die meisten Todesfälle entfielen auf die Tuberkulose und die Pneumonie. Es entwichen 36 (34 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank waren 3 (1 M. 2 Fr.).

Von den 516 aufgenommenen Männern waren 15 = 2,9% verbrecherische Geisteskranke und geisteskranke Verbrecher.

Der Alkohol war bei 27,68% (44,17% M. und 4,09% Fr.) der Aufnahmen die Ursache der Geisteskrankheit.

Die meisten Heilungen entfielen auf die ersten Monate, nach 2 Jahren sind sie selten. Der Durchschnittsaufenthalt der Geheilten und Gebesserten betrug 122 Tage bei den Männern und 138 Tage bei den Frauen.

Die Bett- und Bäderbehandlung wird noch nicht in dem großen Maßstabe durchgeführt wie bei uns. Die Behandlung der Zähne hat ein Zahnarzt.

In der poliklinischen Sprechstunde wurden 1836 Personen behandelt.

Ganter.

Der brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde (61) zählt 342 Vereinsmitglieder. An Beiträgen gingen ein von Personen und Gemeinden 2262 M. 15 Pf., dazu an außerordentlichen Gaben 539,50 M. und von der Provinzialverwaltung 1000 M. Das Vereinsvermögen betrug am 31. März 1907: 36 427 M. 29 Pf. An baren Unterstützungen wurden 2414 M. 30 Pf. verausgabt. Außer der Übersicht über die finanziellen Verhältnisse bringt der Vereinsbericht 3 Abhandlungen von Anstaltsärzten: „Ärztliche Ratschläge für die Angehörigen bei Ausbruch von Geisteskrankheit", „Über Besuche bei den Kranken" und „Der Briefwechsel über unsere Kranken und mit unseren Kranken"; er enthält ferner Anweisungen für die Familienpflege, das Reglement für die brandenburgischen Landesirrenanstalten, Vereinssatzungen und Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (90) hatte eine Gesamteinnahme von 37 002 M. 86 Pf. und verausgabte an Unterstützungen 23 467 M. 41 Pf.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (120) zählt 12 699 Mitglieder. 17 450 M. wurden als Unterstützungen verausgabt. Der Belehrung größerer Kreise über Geisteskranke und Geisteskrankheiten und der Bekämpfung der falschen Ansichten über alles, was mit der Irrenpflege zusammenhängt, widmet der Verein besondere Aufmerksamkeit.

Der Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern (105) hatte eine Einnahme von 8864,25 Fr. aus Jahresbeiträgen und erhielt außerdem an Legaten 3297,78 Fr. Der Vermögensbestand betrug am 1. Januar 1907: 162 642,55 Fr. An Unterstützungen wurden 13 715,30 Fr. bewilligt. Vereinsstatuten, Mitgliederverzeichnis, Abhandlung über Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

t*



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Namenregister.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

---



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

AUG 28 1909

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXVI

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE [illegible]

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL
[illegible]

[illegible]



[illegible]

DRUCK UND VERLAG [illegible]

JÄHRLICH EIN BAND [illegible]

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

AUG 28 1909

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXVI

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1908

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT
LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 5. AUGUST 1909



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1909.

JÄHRLICH EIN BAND VON 7 HEFTEN PREIS PRO BAND 30 MARK
(6 HEFTE ORIGINALIEN UND 1 HEFT LITERATURBERICHT.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. E. Stechert & Co., 129 W. 20, New York
und Leipzig, Königstr. 37, suchen eine
Bibliothek über Psychiatrie und Neurologie
zu kaufen, enthaltend möglichst viele
komplette Serien von Zeitschriften.
Offerten nach Leipzig oder New York

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35

Die Literatur der
Psychiatrie, Neurologie und Psychologie
von 1459—1799.

Mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin herausgegeben
von **Heinrich Laehr.**

Band I: Die Literatur von 1459—1699. — Band II (2 Hälften): Die Literatur von 1700—1799.
Band III: Register der Bände I und II.

Preis des kompletten Werkes Mark 80.—

Gedenktage der Psychiatrie
und ihrer Hülfsdisziplinen in allen Ländern.

Von **Heinrich Laehr.**

Vierte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Preis Mark 12.—

Schweizerhof.
Privatheilanstalt für
Nerven- und Psychisch-Kranke weiblichen Geschlechts.

Dritter Bericht.
Fünfzig Jahre nach der Gründung, 1853—1903.
Geschichte. — Beschreibung. — Wissenschaftliche Beiträge.
Mit 1 Bildnis von Heinrich Laehr, 14 Farbendrucktafeln, 10 Grundrissen und 1 Lageplan.
Preis gebunden Mark 10.—

Grundzüge der Irrenpflege.
Für Studierende und Ärzte bearbeitet von **O. Snell.**
Preis Mark 2.—

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Georg Reimer, Verlagsbuchhandlung, Berlin W. 35

Heinrich von Kleist
als Mensch und Dichter

Nach neuen Quellenforschungen

von **S. Rahmer.**

Mit zwei Porträts und einer Textabbildung

453 Seiten Lexikon-Oktav

Preis geheftet M. 10.—, gebunden M. 11.—

Es ist mitunter von Wert, über literarische Themen auch einmal einen Arzt anzuhören. Soll doch, wie man sagt, das Dichten mehr oder weniger die Tätigkeit abnorm veranlagter Individuen und die poetische Entrücktheit nicht immer strengstens unterschieden von psychischer Verrücktheit sein. Somit darf sich der Arzt auf diesem Gebiete ein wenig als Fachmann fühlen. Freilich ist nicht viel damit getan, daß man den Dichtern ihre Abnormitäten nachrechnet und diese zu einem lieblichen Bouquet vereinigt. Solches zeigt zwar in schärfster Beleuchtung, wo jene Leute schwach sind; aber damit ist für den Punkt, wo sie stark und schöpferisch sind, spottwenig erklärt. Höchstens passiert es mitunter, daß jemand über all den Schwachheiten die Stärken nicht mehr sieht und beim systematischen Schnüffeln nach Verrücktheiten die Geruchsnerven für die Wahrnehmung natürlich schöner Düfte in bedauerlicher Weise einbüßt. So sind also die Ärzte in ihren literarischen Gastspielrollen zwar interessant, doch mit Vorsicht zu genießen. Und als Verfasser von „Pathographien" sind sie mitunter direkt gefährlich. Eine schätzenswerte Ausnahme bildet der Berliner Arzt Dr. Siegmund Rahmer, der als Durchforscher der Lebensläufe Kleists, Heines und Lenaus eher von der entgegengesetzten Tendenz wie die meisten seiner Berufskollegen geleitet wird: er sucht gerade die gesunde Basis im Naturell und Wirken dieser Poeten aufzudecken, unbeschadet oder trotz mancher den Psychopathen interessierender Phänomene ihres seelischen Lebens. Die Grundeinsicht, von der Rahmer sich leiten läßt, ist jedenfalls eine im besten Sinne aufgeklärte. Er sagt sich, daß stolze und schöne Wirkungen nicht auf vorwiegend krankhafter Basis entstehen können, sondern daß gewissen pathologischen Entgleisungen unweigerlich auf der andern Seite eine nachweisbare Gesundheitssteigerung, eine Erhöhung der physisch-psychischen Leistungsfähigkeit gegenüberstehen müsse. Da Rahmer überall mit dokumentarischen Belegen arbeitet, so haben seine Nachweise große Sicherheit.

Zur Entstehungs- und Bühnengeschichte der Kleistschen Werke, sowie zur Zeit seines vielumdeuteten Doppelselbstmordes mit Henriette Vogel bringt Rahmer eine stattliche Reihe neuer oder unbeachtet gebliebener Urkunden und alter Druckschriften auf. Sein Buch ist somit für die Forschung von wichtiger und unumgänglicher Bedeutung und wird gewiß auch jedem anderen, der sich in Kleists dunkle Lebensschicksale vertiefen will, vielfache Anregungen spenden.

Neue freie Presse, Wien.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Verlag von Georg Reimer, Berlin W. 35

Die Irrenfürsorge in Europa

Eine vergleichende Studie von

Dr. K. PANDY

Primararzt der Staatsirrenanstalt Lipótmező in Budapest.

Deutsche Ausgabe durchgesehen von

Dr. H. ENGELKEN jun.

Mit 50 Abbildungen im Text. Preis broschiert Mark 12.—

Das Buch ist keine bloße Zusammenstellung von Daten, sondern eine kritische Darstellung des persönlich Gesehenen mit Benutzung aller zugänglichen originalen Quellen, es soll nicht nur Ärzten, sondern allen denjenigen, die sich für das Irrenwesen amtlich oder aus Menschenliebe interessieren, ein vielseitiges und detailliertes Nachschlagebuch sein.

Die Erziehungsarbeit der Schule an Schwachbegabten

Erfahrungen und Ratschläge für Lehrende, Eltern und Behörden

von

Dr. Otto Boodstein

Schulrat in Elberfeld

Preis geheftet Mark 8.—

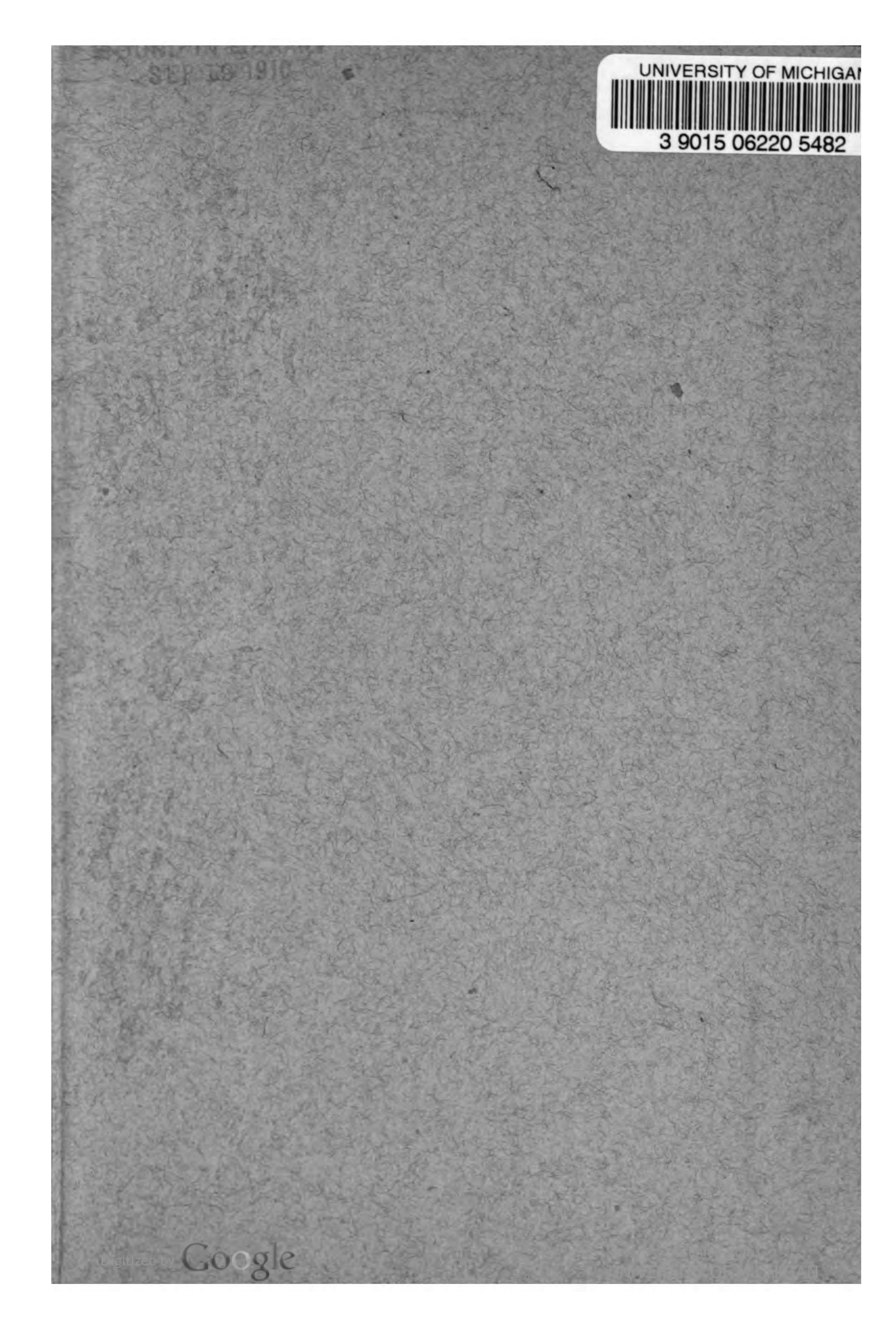
. . . Jedenfalls wüßte ich dem, der sich über die Fülle von Problemen, die die Erziehung der Schwachsinnigen in sich schließt, sachkundig unterrichten lassen will, kein besseres Buch zu empfehlen, als dieses.

Frankfurter Zeitung.

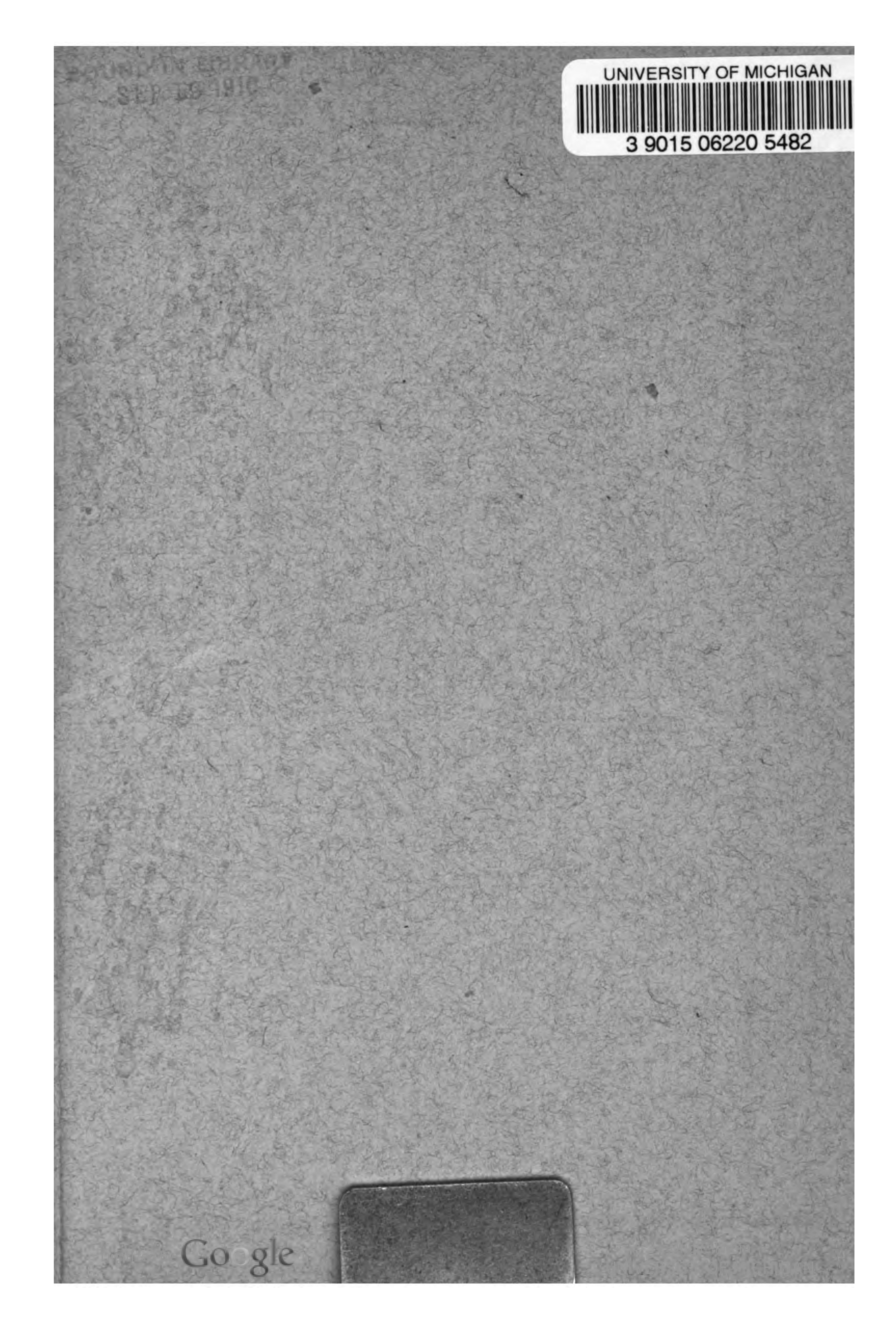
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Google

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN


SEP 19 1910
UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 5482
Digitized by Google
Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-03-09 23:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205482
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN